

## Cuando el perito médico no aparece en la sentencia

### **Incapacidad permanente absoluta por hipertensión intracraneal benigna**

Es duro actualmente el oficio de perito médico. Algo “perro” también. Con la crisis económica la ciudadanía ha visto incrementadas sus necesidades de litigio, pero no así sus posibilidades de sufragárselo. Son muchas las vicisitudes, disgustos y circunstancias novelescas por las que se atraviesan. A cambio es muy creativo, y mantiene muy viva la mente, porque el enemigo es fiero y como se dice en el argot pugilístico: “pega como si le debiesen dinero”.

Como todo el proceso judicial es contradictorio, se tiene enfrente con frecuencia a malcarados “perros viejos” de los seguros, mutuas y empresas (a veces del INSS), dispuestos a defender con uñas y dientes sus intereses. También se producen sentimientos de frustración cuando no se reconoce el trabajo a pesar de que la sentencia se basa en el mismo.

Se nos presenta un caso de Hipertensión Intracraneal Benigna en la que el INSS solo reconocía una I.P. Total, cuando a todas luces la sintomatología inhabilitaba al trabajador para cualquier actividad ocupacional desde la óptica de la salud.

Toda la exposición de la prueba pericial fue para aclarar a los juristas la naturaleza de esta, para ellos, rara enfermedad, la objetivación científica de la misma, y responder a aclaraciones y preguntas sobre las limitaciones y funcionamiento residual. Sin embargo, toda esta actividad producida durante el juicio oral, no aparece en la sentencia.

Además en este caso se produjo algo realmente pintoresco: cuando el perito remitió inicialmente al abogado el informe pericial, el letrado se mostró disconforme con tan elevada pretensión, ante lo cual el perito indicó que se mantenía en el mismo, y estaba satisfecho con su trabajo, pero advirtiéndole que si así lo creía el letrado no interpusiese la demanda. Se produjo el silencio hasta la fecha del Juicio.

He aquí, pues, un caso raro en el que se gana el pleito en contra de la intención inicial del abogado de la actora, gracias a la decisión del perito. Sin embargo, en la sentencia se menciona repetidamente la intervención de este letrado y se omite la intervención pericial. Cosas del oficio. No ha sido la primera ni será la última vez. Abordaremos a continuación la presentación del caso

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

1. HOSPITAL DE MANISES. MED. INTERNA. 7-11/3/2015

\* Diplopia

\* Hipertensión endocraneal benigna

\* Papiledema bilateral incipiente secundario

\* Alteraciones visuales secundarias.

\* RM con signos de la Hipertensión idiopática benigna:

*-Cierta afilamiento de los senos transversos, silla turca parcialmente vacía y bandas de líquido en los fascículos ópticos*

2. C.E. MISLATA. NEUROLOGÍA. 5-6-2015

\* Hipertensión intracraneal idiopática

3. HOSPITAL DE MANISES. 25-6-2015

\* Hipertensión intracraneal. Cefalea. Diplopia. Visión borrosa.

4. HOSPITAL DE MANISES. INF. CONS. EXT. 1-9-2015

\* Hipertensión intracraneal idiopática (propuesta cirugía).

5. C.E. MISLATA. OFTALMOLOGIA. 3-12-2015

6. C.E. MISLATA. OFTALMOLOGÍA. 7-4-2016

\* Pendiente de punción lumbar para valorar derivación lumboperitoneal, tras exponer la relación riesgo-beneficio y prefiere continuar manejo conservador (dice que lo quiere pensar ante la falta de garantías). Se valora la posibilidad de nueva Punción Lumbar y medición de presión de salida.

7. HOSPITAL DE MANISES. NEUROCIRUGÍA. 19-4-2016

\* Estudio hidrodinámico de LCR (test de infusión de LCR bajo sedación)

\* Fondo de ojo: *signos congestivos y borramiento papilar sobreelevado. Tortuosidad vascular peripapilar.*

8. HOSPITAL DE MANISES. NEUROCIRUGÍA. 25-4-2016

\* Cefalea tras punción lumbar y test de infusión

9. HOSPITAL LA FE. NEUROCIRUGÍA. 27-5-2016

- \* Hipertensión intracraneal idiopática
- \* **Cefalea, alteración visual, deterioro cognitivo**
- \* Hemos solicitado pruebas para planificar tratamiento
- \* **Por el momento desaconsejamos que realice actividad laboral**

10. HOSPITAL LA FE. OFTALMOLOGÍA. 5-7-2016

- \* Fondo de ojo: OD tortuosidad vascular. OI tortuosidad vascular, mínimo edema de papila.
- \* Campo Visual: leve reducción concéntrica en ambos ojos
- \* Hipertensión intracraneal benigna

11. INSS. INFORME MÉDICO DE EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL. 28-7-2016.

- \* Tratamiento:
  - Edemox+2 punciones lumbares evacuadoras LCR
  - Seguimiento por Neurología semestral. Control oftalmológico.
- \* Limitaciones orgánicas y funcionales:
  - Cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopia, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva leve, disminución del campo visual concéntricamente.
  - Refiere deterioro cognitivo sin haber sido valorado por estudio neuropsicológico
- \* Evaluación clínico-laboral:
  - Hipertensión intracraneal idiopática benigna con cefalea, acúfenos y diplopia intermitente que no están respondiendo bien a tratamiento farmacológico.**
  - Citada en Neurocirugía para valoración quirúrgica, esta desaconseja actividad laboral.**
  - IP revisable en 12 meses

12. INSS. DICTAMEN PROPUESTA. 10-8-2016

- \* Profesión: *Carnicera*
- \* Cuadro clínico residual:
  - Hipertensión endocraneal probablemente idiopática benigna
- \* Limitaciones orgánicas y funcionales:
  - Cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopia, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva leve, disminución del campo visual concéntricamente.
  - Refiere deterioro cognitivo sin haber sido valorado por estudio neuropsicológico
- \* I.P. Total

## B) CUADRO PATOLÓGICO

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

### 1. HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA BENIGNA<sup>1</sup>

\* Se denomina benigna porque no se debe a un proceso maligno o canceroso, sino de causa desconocida o idiopática.

#### CONCEPTO DE LA ENFERMEDAD Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

\* La hipertensión intracraneal idiopática, también conocida como pseudotumor cerebral, es una enfermedad caracterizada por un incremento de la presión intracraneal no atribuible a masas cerebrales o a alteraciones estructurales focales, con composición normal del líquido cefalorraquídeo. Se desconoce su etiología y patogenia. Es causa de pérdida de la visión.

\* Presenta características inespecíficas, que pueden simular un proceso expansivo intracraneal, por tanto es indispensable una anamnesis detallada, así como la realización de un examen físico completo, que comprende la valoración del fondo del ojo. La realización de una punción lumbar es de gran importancia para el diagnóstico y seguimiento. Debe realizarse estudios neuro-imagenológicos con el objetivo de descartar otras causas. Una conducta inadecuada puede provocar la atrofia del nervio óptico y esto conducir a la ceguera del paciente, todo esto apunta a que la enfermedad no es tan benigna como pudiera pensarse.

\* El tratamiento quirúrgico habitual una vez que ha fracasado el tratamiento médico es la Derivación Lumbo-Peritoneal, que generalmente provee un alivio sintomático. Sin embargo, el índice de malfunciones de este tipo de derivaciones es elevado, habiéndose descrito en la literatura porcentajes de revisión que oscilan entre el 11 y el 86%

\* **Los síntomas que presenta la paciente recogidos en la Historia Clínica:**

- Diplopia o episodios de visión doble. También episodios de visión borrosa. Reducción del campo visual.*
- Cefalea o dolor de cabeza a diario*
- Deterioro cognitivo. Lapsus de memoria.*
- Acúfenos o audición interna de ruidos en los oídos*
- Alteración anímica reactiva leve*

---

<sup>1</sup> [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812015000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200010)  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000351.htm>  
<http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-hipertension-intracranial-idiopatica-analisis-descriptivo-S0213485313002557>  
<http://www.revistaneurocirugia.com/es/utilidad-monitorizacion-presion-intracranial-pacientes/articulo/S1130147314001596/>

**\* Métodos diagnósticos especiales aplicados:**

- Estudio del Fondo de Ojo: edema de papila o papiledema*
- Resonancia Magnética cerebral*
- Punciones lumbares para extracción del líquido LCR y medida de presión*
- Estudio hidrodinámico o test de infusión de LCR*

### **C) CONSIDERACIONES MÉDICO-LABORALES**

1. El cuadro patológico descrito es de naturaleza orgánica, crónica e irreversible. No han sido agotadas las posibilidades terapéuticas, pero el tratamiento quirúrgico mediante derivación lumbo-peritoneal es rechazado por la paciente debido a una falta de garantías sobre las posibles complicaciones y el porcentaje de fracaso de la técnica (entre el 11-86%) El tratamiento farmacológico que precisa es paliativo, sintomático, y no logra recuperar la normal presión intracraneal.

2. El cuadro patológico descrito, por la variedad y tipo de sintomatología, ocasionan una mala calidad de vida e impiden el cumplimiento de obligaciones ocupacionales

3. Así, pues, dado el cuadro patológico descrito y sus correspondientes limitaciones funcionales, puesto en correlación con las obligaciones y requerimientos propios del ámbito laboral, se desprende, desde la óptica médica, que la paciente presenta una inhabilitación completa para el ejercicio reglado, eficaz, continuo, sin riesgos, con calidad de resultados y fiabilidad, de cualquier profesión u oficio, **por carecer de unos mínimos de salud** que se lo permitan.

4. Sobre el pronunciamiento de los facultativos asistenciales acerca de la discapacidad de la paciente hemos de subrayar lo siguiente ya documentado:

HOSPITAL LA FE. NEUROCIRUGÍA. 27-5-2016

**\* Por el momento desaconsejamos que realice actividad laboral**

INSS. INFORME MÉDICO DE EVALUACIÓN

DE INCAPACIDAD LABORAL. 28-7-2016.

**-Citada en Neurocirugía para valoración quirúrgica, esta desaconseja actividad laboral.**

5. El propio Informe de Valoración y Resolución del INSS recogen lo siguiente:

\* Limitaciones orgánicas y funcionales:

*-Cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopia, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva leve, disminución del campo visual concéntricamente.*

*-Refiere deterioro cognitivo sin haber sido valorado por estudio neuropsicológico*

## CONCLUSIONES

1. Dña. x, de 53 años, presenta en resumen el siguiente cuadro patológico, contemplado en la Historia Clínica y valorado en el estudio médico-pericial:

**\* HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA BENIGNA**

*-Se denomina benigna porque no se debe a un proceso maligno o canceroso, sino de causa desconocida o idiopática. También conocida como Pseudotumor Cerebral, se debe a un incremento de la presión intracraneal con composición normal del líquido cefalorraquídeo.*

*-Los síntomas que presenta nuestra paciente recogidos en la Historia Clínica y que no están respondiendo al tratamiento farmacológico:*

- Diplopia o episodios de visión doble. También episodios de visión borrosa. Reducción del campo visual.**
- Cefalea o dolor de cabeza a diario**
- Deterioro cognitivo. Lapsus de memoria.**
- Acúfenos o audición interna de ruidos en los oídos**
- Alteración anímica reactiva leve**

2. Del estudio de la documentación y valoración médica se desprende:

**La paciente presenta, desde la óptica médica, una inhabilitación completa para el ejercicio reglado, eficaz, continuo, sin riesgos, con calidad de resultados y fiabilidad, de cualquier profesión u oficio, por carecer de unos mínimos de salud que se lo permitan.**

Lo cual es cuanto puedo manifestar en cumplimiento del encargo, según mi leal saber y entender, y a tenor del art. 335.2 de la Ley 1/2000 de 7 de enero (LEC) este perito jura que cuanto antecede es verdad y que ha actuado y en su caso actuará con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, y que conoce las sanciones penales en las que podrá incurrir si incumpliera su deber como perito, mediante informe que consta de x folios mecanografiados por una cara, sellados, firmados y rubricados en Valencia, a x

## SENTENCIA

### JUZGADO DE LO SOCIAL N° 14 VALENCIA

Procedimiento: N° 3/17

#### SENTENCIA N° 185/18

En Valencia, a veintiséis de abril de dos mil dieciocho.

Vistos por mí, Dña. X, Magistrado del Juzgado de lo Social N° 14 de Valencia, los autos de Procedimiento de Seguridad Social seguidos ante este Juzgado bajo el Número 3/17, a instancia de Dña. X, asistida por la Letrada Dña. X, contra el Instituto Nacional de la Seguridad Social, representado y asistido por el Letrado de la Administración de la Seguridad Social, D. X, cuyos autos versan sobre prestaciones de seguridad social, y atendiendo a los siguientes;

#### ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.**-Con fecha 2 de enero de 2.017 tuvo entrada, previo turno de reparto, demanda en la que la parte actora, tras exponer los Hechos y Fundamentos de Derecho en los que fundamenta su pretensión, suplicaba se dictara sentencia por la que, estimando la demanda en su totalidad, se declarase a Dña. X afecta de una incapacidad permanente absoluta derivada de enfermedad común, con los efectos legales y económicos inherentes a tal declaración, acompañando los documentos en aquella enumerados.

**SEGUNDO.**-Admitida la demanda a trámite, se señaló día y hora para la celebración del acto del Juicio, procediéndose a la celebración del mismo el día 24 de abril de 2.018, compareciendo las partes, exponiendo por su orden cuanto a su derecho convenía en fase de alegaciones, practicándose las pruebas propuestas y admitidas con el resultado que consta en el acta levantada al efecto, elevando finalmente sus conclusiones a definitivas, quedando los autos vistos para sentencia.

**TERCERO.**-En la tramitación de los presentes autos se han seguido las reglas de procedimiento.

#### HECHOS PROBADOS

**PRIMERO.**- Dña. X, nacida el día 15 de mayo de 1.963, con D.N.I. n° X, afiliada en el Régimen General de la Seguridad Social con n° X, con profesión habitual de carnicera, prestaba servicios para la empresa "X cuando, el día 9 de marzo de 2015, inició proceso de I.T. por enfermedad común.

**SEGUNDO.-** Dña. X presentó, el día 16 de agosto de 2.016, solicitud ante la Dirección Provincial del I.N.S.S. de Valencia para el reconocimiento de prestaciones de incapacidad permanente dictándose Resolución por la Dirección Provincial del I.N.S.S. de Valencia, de fecha 20 de septiembre de 2.016, declarando a Dña. X afecta de una I.P.T. para su profesión habitual derivada de enfermedad común, sobre una base reguladora de 1.058,01 € mensuales, un porcentaje de pensión del 55 % y efectos económicos de fecha 16 de septiembre de 2.016, interponiendo Dña. X reclamación administrativa previa, en fecha 2 de noviembre de 2.016, dictándose por la Dirección Provincial del I.N.S.S. de Valencia Resolución, de fecha 15 de noviembre de 2.016, desestimatoria de la reclamación administrativa previa y ello porque “las lesiones que padece X han sido ya debidamente valoradas, sin que proceda la modificación o revisión del grado de incapacidad permanente reconocido”.

**TERCERO.-** Dña. X, según Dictamen-Propuesta del E.V.I., de fecha 10 de agosto de 2.016, ratificado en fecha 11 de noviembre de 2.016, presentaba un cuadro clínico residual consistente en “Hipertensión endocraneal probablemente idiopática benigna”, que le comportaba limitaciones orgánicas y funcionales consistentes en “Cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Leve disminución del campo visual concéntricamente. Refiere deterioro cognitivo sin haber sido valorado por estudio neuropsicológico”, proponiendo “la calificación del trabajador como incapacitado permanente, en grado de total”, calificación esta que podía ser revisada por agravación o mejoría a partir del día 9 de agosto de 2.017 si bien “se prevé que la situación de incapacidad vaya a ser objeto de revisión por mejoría, que permita la reincorporación al puesto de trabajo antes de dos años (artículo 48.2 de la ley del estatuto de los trabajadores (B.O.E. 29-3-1995))”.

**CUARTO.-** El Informe Médico de Evaluación de Incapacidad Laboral, de fecha 28 de julio de 2.016, obrante en los autos, dándose íntegramente por reproducido, refleja que el diagnóstico principal de Dña. X era “Hipertensión intracraneal benigna”, siendo su diagnóstico completo “hipertensión endocraneal probablemente idiopática benigna”, reflejando que “aqueja persistencia de cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía intermitente, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Pendiente de nueva punción lumbar por Neurocirugía (sin fecha), controles neurológicos semestrales, control oftalmológico el 07/04/2016”, siendo sus limitaciones orgánicas y/o funcionales “Cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Leve disminución del campo visual concéntricamente. Refiere deterioro cognitivo sin haber sido valorado por estudio neuropsicológico”, emitiendo la siguiente Evaluación Clínico-Laboral “Mujer 53 años, carnicera en x con hipertensión intracraneal probablemente idiopática benigna con cefalea, acúfenos y diplopía intermitente que no están respondiendo bien a tratamiento farmacológico. Citada en Neurocirugía para valoración quirúrgica, esta desaconseja actividad laboral, a valorar IP revisable en 12 meses”.

**QUINTO.-** La base reguladora de la prestación reclamada, en caso de estimación, sería de 1.058,01 € mensuales, con efectos de fecha de 9 de agosto de 2.016, existiendo conformidad entre las partes sobre estos extremos.

**SEXTO.-** La Dirección Provincial del I.N.S.S. de Valencia dictó Resolución de fecha 13 de octubre de 2.017, declarando que Dña. X continuaba “afecta del mismo grado de incapacidad permanente que actualmente tiene reconocido”, interponiendo Dña. X reclamación administrativa previa, siendo desestimada por Resolución de la Dirección Provincial del I.N.S.S. de Valencia, de fecha 19 de febrero de 2.018.



**SÉPTIMO.-** El Informe Médico de Revisión de Grado de Incapacidad Permanente, de fecha 11 de agosto de 2.017, obrante en los autos, dándose íntegramente por reproducido, refleja que el diagnóstico principal de Dña. X es “Hipertensión intracraneal benigna”, siendo su diagnóstico completo “Hipertensión endocraneal idiopática”, reflejando que “en la actualidad la paciente aqueja persistencia de cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía intermitente, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Pendiente de nueva punción lumbar por Neurocirugía (sin fecha), controles neurológicos semestrales, control oftalmológico el 07/04/2016. Suele pasear pero despacio, cuando andaba aprisa tenía cefalea, no hace ningún esfuerzo, si no lo hace está normal lleva una vida muy tranquila, había engordado, cualquier disgusto le crea mucha ansiedad y cefaleas. Ha perdido 10 kg por prescripción facultativa. En noviembre tiene una nueva RMN”, siendo sus limitaciones orgánicas y/o funcionales “Cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Leve disminución del campo visual concéntricamente. Refiere deterioro cognitivo sin haber sido valorado por estudio neuropsicológico”, emitiendo la siguiente Evaluación Clínico-Laboral “Mujer 54 años, carnicera en x con hipertensión intracraneal idiopática benigna con cefalea, acúfenos y diplopía intermitente que no están respondiendo bien a tratamiento farmacológico. En situación similar a la revisión anterior, ha requerido aumento de dosis valorando si se coloca una válvula intracraneal”.

**OCTAVO.-** Según Dictamen-Propuesta emitido por el E.V.I., de fecha 26 de septiembre de 2.017, ratificado en fecha 10 de enero de 2.018, Dña. X presenta un cuadro clínico residual y limitaciones orgánicas y funcionales consistentes en “Hipertensión endocraneal idiopática”, proponiendo que deba “continuar afecta de la incapacidad que tiene reconocida” y ello “analizadas las secuelas descritas y las tareas realizables por el trabajador, calificación que podrá ser revisada por agravación o mejoría a partir del día 26 de septiembre de 2.019.

**NOVENO.-** Según informe médico del Servicio de Neurología del Hospital La Fe, de Valencia, de fecha 23 de abril de 2.017, Dña. X por la “hipertensión intracraneal idiopática” que tiene diagnosticada presenta una “ligera desorientación temporal”, así como alterado el cálculo mental simple y la reproducción de ritmos. (doc. nº 1 de los aportados por la actora en el Juicio)

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

**ÚNICO.-** Interesa Dña. X se le declare afecta de una incapacidad permanente absoluta para toda actividad laboral, derivada de enfermedad común, con los derechos económicos inherentes a dicha declaración, siendo necesario, a tal efecto, que la actora acredite que los padecimientos que adolece le producen limitaciones orgánicas o físicas, objetivas y de carácter definitivo que le imposibiliten la realización de cualquier profesión u oficio, (artículo 193 y ss. de la Ley General de la Seguridad Social), pretensión esta a la que se opone la defensa del I.N.S.S.

Con relación a la incapacidad permanente absoluta, tiene manifestado la Jurisprudencia, que “es invalidez permanente absoluta la situación en la que se encuentra el trabajador que, en función de sus dolencias y, especialmente, de las limitaciones o secuelas que de ellas se derivan, se ve imposibilitado para llevar a cabo y concluir acertadamente cualquier tipo de actividad laboral, por simple o liviana que sea. Exigencia la descrita que no presupone la ausencia de toda capacidad física o psíquica en el afectado para poder concluir declarándole afecto de dicho grado de invalidez, sino de aquellas facultades que, aplicando criterios de pura lógica y racionalidad, sean indispensables para realizar cualquier actividad, enmarcada en el ámbito laboral, con las mínimas exigencias, siempre y en todo caso requeridas, por muy leve o liviana que sea, de dedicación,

profesionalidad, dedicación y eficacia; sin exigir del trabajador un sacrificio desproporcionado, ajeno a la naturaleza de la prestación laboral y salvaguardando siempre y en todo caso su salud e integridad física.”, (S.T.S.J. de Castilla La Mancha de 21 de mayo de 2.009).

Alega la defensa de Dña. X que, por la patología que padece y las limitaciones que la misma le comporta, no puede desarrollar ninguna actividad laboral de carácter reglado por muy liviana que la misma pueda ser, siendo, por tanto, tributaria del grado de incapacidad permanente interesado, es decir, del grado de incapacidad permanente absoluta para toda profesión u oficio. En este sentido, de la documental obrante en autos, en concreto, del Informe Médico de Evaluación de Incapacidad Laboral, de fecha 28 de julio de 2.016, resulta, tras reflejar que el diagnóstico principal de Dña. x era “Hipertensión intracraneal benigna”, siendo su diagnóstico completo “hipertensión endocraneal probablemente idiopática benigna”, recoge que Dña. x x “aqueja persistencia de cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía intermitente, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Pendiente de nueva punción lumbar por Neurocirugía (sin fecha), controles neurológicos semestrales, control oftalmológico el 07/04/2016”, siendo sus limitaciones orgánicas y/o funcionales “Cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Leve disminución del campo visual concéntricamente. Refiere deterioro cognitivo sin haber sido valorado por estudio neuropsicológico”, emitiendo la siguiente Evaluación Clínico-Laboral “Mujer 53 años, carnicera en x con hipertensión intracraneal probablemente idiopática benigna con cefalea, acúfenos y diplopía intermitente que no están respondiendo bien a tratamiento farmacológico. Citada en Neurocirugía para valoración quirúrgica, esta desaconseja actividad laboral, a valorar IP revisable en 12 meses”, emitiendo el E.V.I. Dictamen-Propuesta, de fecha 10 de agosto de 2.016, ratificado en fecha 11 de noviembre de 2.016, en el que tras expresar que Dña. x presentaba un cuadro clínico residual consistente en “Hipertensión endocraneal probablemente idiopática benigna”, que le comportaba limitaciones orgánicas y funcionales consistentes en “Cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Leve disminución del campo visual concéntricamente. Refiere deterioro cognitivo sin haber sido valorado por estudio neuropsicológico”, proponía su calificación “como incapacitado permanente, en grado de total”, calificación esta que podía ser revisada por agravación o mejoría a partir del día 9 de agosto de 2.017, si bien se preveía que “la situación de incapacidad vaya a ser objeto de revisión por mejoría, que permita la reincorporación al puesto de trabajo antes de dos años (artículo 48.2 de la ley del estatuto de los trabajadores (B.O.E. 29-3-1995)” y ello en consonancia con informe de Neurocirugía del Hospital La Fe, de Valencia, de fecha 27 de mayo de 2.016, en el que se reflejaba que “por el momento desaconsejamos que realice actividad laboral”.

Tramitado por la Dirección Provincial del I.N.S.S. de Valencia expediente administrativo de revisión de grado, en el Informe Médico de Revisión de Grado de Incapacidad Permanente, de fecha 11 de agosto de 2.017, tras reflejarse que el diagnóstico principal que presenta Dña. x es “Hipertensión intracraneal benigna”, siendo su diagnóstico completo “Hipertensión endocraneal idiopática”, refleja que, en la actualidad, Dña. x “aqueja persistencia de cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía intermitente, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Pendiente de nueva punción lumbar por Neurocirugía (sin fecha), controles neurológicos semestrales, control oftalmológico el 07/04/2016. Suele pasear pero despacio, cuando andaba aprisa tenía cefalea, no hace ningún esfuerzo, si no lo hace está normal lleva una vida muy tranquila, había engordado, cualquier disgusto le crea mucha ansiedad y cefaleas. Ha perdido 10 kg por prescripción facultativa. En noviembre tiene una nueva RMN”, siendo las limitaciones orgánicas y/o funcionales que presenta “Cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva. Leve disminución del campo visual concéntricamente. Refiere deterioro cognitivo sin haber sido valorado por estudio neuropsicológico”, emitiendo como Evaluación Clínico-Laboral la siguiente “Mujer 54 años, carnicera en x con hipertensión intracraneal idiopática benigna con

cefalea, acúfenos y diplopía intermitente que no están respondiendo bien a tratamiento farmacológico. En situación similar a la revisión anterior, ha requerido aumento de dosis valorando si se coloca una válvula intracraneal”, emitiendo el E.V.I. Dictamen-Propuesta, de fecha 26 de septiembre de 2.017, ratificado en fecha 10 de enero de 2.018, en el que tras expresar que Dña. x presenta un cuadro clínico residual y limitaciones orgánicas y funcionales consistentes en “Hipertensión endocraneal idiopática”, propone que continúe “afecta de la incapacidad que tiene reconocida” y ello “analizadas las secuelas descritas y las tareas realizables por el trabajador, calificación esta que podrá ser revisada por agravación o mejoría a partir del día 26 de septiembre de 2.019, sin embargo, aporta Dña. x informe médico del Servicio de Neurología del Hospital La Fe, de Valencia, de fecha 23 de abril de 2.017, en el que se refleja que por la “hipertensión intracraneal idiopática” que tiene diagnosticada presenta una “ligera desorientación temporal”, así como alterado el cálculo mental simple y la reproducción de ritmos, (doc. nº 1 de los aportados por la actora en el Juicio). De esta forma, dado el estado de salud actual de Dña. x, quien no sólo por la “hipertensión intracraneal benigna” que padece presenta “cefaleas prácticamente diarias, acúfenos, diplopía, lapsus de memoria y alteración anímica reactiva” así como una “leve disminución del campo visual concéntricamente” sino también una “ligera desorientación temporal”, teniendo, igualmente, alterado el cálculo mental simple y la reproducción de ritmos difícilmente puede considerarse que pueda desarrollar una actividad profesional de carácter reglado con la profesionalidad, rendimiento y habitualidad mínimamente exigible por muy liviana y sedentaria que la misma sea, debiéndose, en consecuencia, declarar a Dña. x afecta de una I.P.A. derivada de E.C. con las consecuencias económicas y reglamentarias inherentes a tal declaración, debiendo el I.N.S.S. abonar la prestación económica correspondiente, si bien en el abono de dicha prestación habrá de efectuarse los descuentos correspondientes a la cantidad percibida en concepto de prestación de I.P.T. derivada de E.C. reconocida en las resoluciones administrativas objeto de impugnación en el presente procedimiento.

Vistos los preceptos legales citados, sus concordantes y demás de general y pertinente aplicación.

## FALLO

Que estimando la demanda interpuesta por Dña. x, asistida por la Letrada Dña. x, contra el Instituto Nacional de la Seguridad Social, representado y asistido por el Letrado de la Administración de la Seguridad Social, D. x, se declara a Dña. x afecta de una I.P.A. derivada de E.C., debiendo el Instituto Nacional de la Seguridad Social estar y pasar por la anterior declaración, abonando la prestación económica correspondiente conforme a una B.R. de 1.058,01 € mensuales y fecha de efectos de fecha 9 de agosto de 2.016, debiéndose descontar las cantidades percibidas en concepto de prestación de I.P.T. para la profesión habitual derivada de enfermedad común reconocida en las resoluciones impugnadas en el presenteprocedimiento.

Notifíquese esta Sentencia a las partes haciéndoles saber que contra la misma cabe interponer recurso de suplicación para ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, debiendo anunciarse previamente ante este Juzgado, en el término de cinco días hábiles contados a partir del siguiente al de su notificación, bastando para ello la mera manifestación de la parte o de su Abogado o representante, al hacerle la notificación, de su propósito de entablar tal recurso, o por comparecencia o por escrito, también de cualquiera de ellos, ante este Juzgado de lo Social. Siendo requisitos necesarios que, al tiempo de hacer el anuncio, se

haga el nombramiento del letrado que ha de interponerlo y que el recurrente que no gozare del beneficio de justicia gratuita presente en la secretaría, del Juzgado de lo Social, también al hacer el anuncio, el documento que acredite haber consignado en cualquier oficina del Banco Santander, en la “cuenta de depósitos y consignaciones”, abierta a nombre del Juzgado, la cantidad objeto de la condena, pudiendo sustituirse la consignación en metálico por el aseguramiento mediante aval bancario, en el que deberá hacerse constar la responsabilidad solidaria del avalista.

De hacer la consignación en metálico, el recurrente podrá utilizar el “Resguardo de ingreso” que al efecto, cumplimentado se le acompaña, pudiendo, también, disponer de tales resguardos en el mencionado Banco o en la Secretaría de este Juzgado de lo Social.

Igualmente, y “al tiempo de anunciar el recurso”, el recurrente que no gozare del beneficio de justicia gratuita, deberá hacer entrega en la Secretaría de este Juzgado, de resguardo, independiente o distinto del anterior, acreditativo del depósito de 300 euros, que también, se le acompaña o, de precisarlo, tiene a su disposición en los sitios indicados.

Así lo acuerda, manda y firma, la Ilma. Sra. Dña. María D. x Magistrado del Juzgado de lo Social N° 14 de Valencia.

**PUBLICACIÓN.**-Dada, leída y publicada la anterior sentencia por la Sra. Juez que la dictó, encontrándose celebrando audiencia pública el día de su fecha, de lo que yo la Secretaria doy fe.

Autor del artículo:  
Dr. Evelio González Prieto  
Especialista en Medicina Legal y Forense  
[www.eveliogonzalez.com](http://www.eveliogonzalez.com)  
[doctorevelio@gmail.com](mailto:doctorevelio@gmail.com)