

INTRODUCCIÓN

Se nos presenta el caso de un paciente de 55 años que fue calificado en el 2012 de **I.P. Absoluta** por Insuficiencia Renal Crónica en diálisis, que a raíz de sufrir un **Trasplante Renal en el 2016**, se le rebajó el grado a **I.P. Total en el 2018**, a pesar de que **la Historia Clínica demuestra que mantiene importantes patologías y complicaciones**, y que **los propios inspectores valoradores del INSS en los años 2017 y 2018 aconsejan mantener el grado**.

Abordaremos a continuación el estudio médico-pericial del caso con el fin de fundamentar un expediente de inhabilitación ocupacional para cualquier profesión reglada, estimándose impropcedente la revisión y rebaja del grado.

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

1. INSS. DICTAMEN PROPUESTA. 25-1-2012

* Profesión: *Técnico mantenimiento*

* Cuadro clínico residual:

-Insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.

-Hipertensión arterial. Hernias discales lumbares. SAHS.

* Limitaciones orgánicas y funcionales: *Discapacidad Global Severa*

* **I.P. Absoluta**

2. TRASPLANTE RENAL. 5-1-2016

3. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 18, 21, 25 y 29-1-2016

4. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 12, 19 y 29-2-2016

5. H. DR. PESET. INGRESO MEDICINA INTERNA. 6-3-2016. Infecc. Resp.

6. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 10-3-2016 y 21-3-2016

7. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 11-4-2016

8. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 2-5-2016

9. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 26-5-2016

10. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 20-6-2016

11. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 19-7-2016

12. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 17-8-2016

13. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 28-9-2016

14. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 25-11-2016

15. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 19-7-2016

* Injerto disfuncionante, creatinina 1,9. Episodios gota. Reinfección CMV

* **Plan de actuación:**

-Requiere controles periódicos de parámetros de función renal y metabólicos

-Requiere despistaje de patología derivada de la inmunosupresión (infecciones, neoplasias)

-Control estricto de factores de riesgo cardiovascular

-La supervivencia media del injerto es de 10-15 años

-Si fracasase el riñón, podría ser reincluido en diálisis y reevaluar trasplante

16. INSS. CONFIRMACIÓN DEL GRADO DE I.P.A. 27-10-2016

* Enfermedad renal crónica. Trasplante renal 5-1-2016

17. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 1-2-2017

18. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 2-5-2017

19. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 26-7-2017

* Creatinina 1,88

* Solicitar adelanto revisión Neurología por **efectos secundarios** de Tryptizol

20. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 4-8-2017

21. H. CLÍNICO. NEUROLOGÍA. 22-6-2017

* **Radiculopatía lumbosacra. Hernias discales lumbares. Polineuropatía en contexto de problema metabólico.**

* **Afectación urémica y radiculopatía crónica.**

* **Afectación sensitiva con dolor neuropático.**

22. H. CLÍNICO. NEUROLOGÍA. 26-9-2017

* **Afectación polirradicular secundaria a patología lumbar asociada a Polineuropatía desmielinizante leve, predominio miembros inferiores, de etiología tóxica +/- urémica.**

23. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 28-9-2017

* Evolución:

-Episodios frecuentes de gota

-Reinfección CMV

-Como complicación postrasplante destaca radiculopatía lumbosacra favorecida por hernias discales lumbares, polineuropatía periférica

* Recomendaciones:

-Deberá seguir controles periódicos por posibilidad de rechazo agudo y pérdida de injerto en cuyo caso debería reiniciar diálisis

24. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 17-10-2017

25. INSS. CONFIRMACIÓN DEL GRADO DE I.P.A. 1-12-2017

* Insuficiencia renal crónica. Trasplante riñón en Enero 2016

26. INSS. REVISIÓN DE GRADO DE I.P. INFORME MÉDICO. 7-11-2017

EVALUACIÓN CLÍNICO-LABORAL

* Trasplante normofuncionante si bien han habido episodios de descompensación

* **Predominando clínica ansiosa en relación a diversas patologías.**

* **Temblor de manos manifiesto. Situación clínica estable.**

27. H. DR. PESET. INGRESO NEFROLOGÍA. 20-23/11/2017

* Ingresa por Gastroenteritis aguda. Trasplantado renal.

28. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 11-12-2017

29. C. SANITAT. HOJA DE URGENCIAS. 26-12-2017

* Náuseas, fiebre y diarrea. Gastroenteritis viral.

30. H. CLÍNICO. NEUROLOGÍA. 23-1-2018

* **Polineuropatía periférica.**

31. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 26-2-2018

32. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 25-5-2018

* Creatinina 1,42

* Diagnósticos: Trasplante renal normofuncionante. Gran hernia discal L4L5 y pequeña L5S1. Dislipemia, SAOS con CPAP. Reflujo vesico-ureteral bilateral G III. Hipoérgico inmunidad celular. Pielonefritis crónica de base. Polineuropatía periférica.

* Tratamiento: *Dieta hiposódica. Control TA, Tª, diuresis y peso. CPAP noche. Envarsus, Certican, Prednisona, Omeprazol, Adenuric, Atorvastatina, Paracetamol, Amlodipino, Hidroferol, Vimpat, Xeristar, Mg*

33. CLINIC MALVA-ROSA. TRAUMATOLOGÍA. 30-5-2018

* Remitido por **Lumbociatalgia bilateral**

* RM 4/2017:

-Signos de uncoartrosis que reducen calibre de recesos foraminales

-Protusión discal de base ancha de discos L4L5 y L5S1 que obliteran el espacio epidural anterior y reducen calibre ambos recesos foraminales

* EMG 6/2017:

*-**Polineuropatía** motora crónica, desmielinizante, de miembros inferiores, leve, compatible con etiología urémica*

*-Patrón neurógeno crónico de raíces S1S2 bilateral, leve, compatible con **radiculopatía** crónica*

* PEES 6/2017:

-Miembro inferior izqdo con afectación por radiculopatía lumbo-sacra y polineuropatía.

34. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 31-5-2018

* Exploración física:

-Refiere molestias tipo escozor o “pinchazos” en cara lateral de ambas piernas que se acompaña de disminución de fuerza, también temblores en extremidades que le dificultan la normal deambulación y el descanso nocturno

* Evolución. Valoración:

*-**Neurotoxicidad** por Tacrolimus, se cambia a tratamiento combinado con Everolimus*

*-Episodios frecuentes de **gota** en tto con Adenuric*

*-**Reinfección CMV***

*-**Mucho temblor** al intentar tareas*

*-**Como complicación postrasplante destaca radiculopatía lumbosacra favorecida por hernias discuales lumbares, polineuropatía periférica***

* Recomendaciones:

*-**Deberá seguir controles periódicos por posibilidad de rechazo agudo y pérdida de injerto en cuyo caso debería reiniciar diálisis***

35. RESUMEN. INFORMES PRESENTADOS PARA LA REVISIÓN DE GRADO

* **Aumento de inmunosupresores**

* Control cada 3 meses

* **Dolor y falta de fuerza en piernas**

* **Temblores de manos por neurotoxicidad de inmunosupresores**

36. INSS. REVISIÓN DE GRADO DE I.P. INFORME MÉDICO. 4-6-2018

* Diagnóstico principal: Fallo renal

* **Limitaciones orgánicas y funcionales: Discapacidad Global Severa**

11-2017

* Hipertensión arterial. Hernias discales lumbares. SAOS.

* **Refiere tener mucha ansiedad y nerviosismo debido al tratamiento**

* **Lleva constantes cambios de dosis de medicamentos**

* **Lleva CPAP para dormir. Le han incrementado a mascarilla oronasal**

* **Exploración: temblor de manos.**

4-6-2018

* **Aunque el injerto es normofuncionante, presenta patología relacionada con el procedimiento, enfermedad y complicaciones (inf. Nefro. 25-5-2018)**

* **Gran hernia discal L4L5 y pequeña L5S1**

* **Hernia umbilical. Dislipemia. Apnea del sueño. Reflujo vesicoureteral bilat. G III**

* **Polineuropatía periférica. Hipoérgico inmunidad celular.**

* **Cambios de dosis inmunosupresores que le han aumentado, incremento flujo CPAP, debilidad en piernas (polineuropatía motora)**

TRATAMIENTO

* Farmacológico con inmunosupresores

* CPAP aeronasal para dormir

* Tryptizol y Vimpat para la polineuropatía

LIMITACIONES ORGÁNICAS Y FUNCIONALES

* Trasplante renal hace 21 meses. Normofuncionante (inf. Sept 2017)

* Polineuropatía motora crónica de carácter leve

* Cuadro psicoafectivo secundario de carácter leve-moderado

* Evitar exposiciones a situaciones de riesgo infeccioso y exposición solar. Evitar sobreesfuerzos prensa abdominal.

EVALUACIÓN CLÍNICO-LABORAL

* **Aunque ha recuperado función renal, presenta complicaciones secundarias del tratamiento y del procedimiento que aconsejan mantener su grado de incapacidad.**

37. DICTAMEN PROPUESTA DEL EVI

SOBRE REVISIÓN DEL GRADO DE I.P. 18-6-2018

HECHOS

1.- El trabajador fue declarado el 25-1-2012 afecto de I.P. Absoluta

2.- En la actualidad presenta:

* *Insuficiencia renal crónica. Trasplante renal en Enero 2016*

* *Gran hernia discal L4L5 y pequeña L5S1*

* *Dislipemia. Apnea del sueño. Reflujo vesicoureteral bilateral G III*

* *Polineuropatía periférica. Polineuropatía motora crónica leve*

* *Hipoérgico inmunidad celular. Trasplante renal hace 21 meses normofuncionante (inf. Sep 2017)*

* *Cuadro psicoafectivo secundario de carácter leve-moderado evitar exposición a situaciones de riesgo infeccioso y exposición solar. Evitar sobreesfuerzo prensa abdominal.*

Las secuelas revelan una mejoría. Revisión del grado. I.P. Total

38. C. SANITAT. NEUROLOGÍA. 19-6-2018

* Diagnóstico:

-Polineuropatía iatrogénica

-Meralgia parestésica

-Radiculopatía lumbosacra

* Descripción del trastorno funcional:

-Visto en Neurología por cuadro clínico compatible con **Polineuropatía** secundaria a tratamiento para evitar rechazo de trasplante renal

-Se pauta tratamiento para control de **dolor**

-Además asocia cuadro de **disestesias** en cara lateral de ambos cuádriceps

-Sigue controles por traumatología por hernias discales lumbares

* Tratamiento: *Vimpat, Xeristar*

39. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 23-8-2018

* Nuevo aumento de creatinina (1,62); (1,42 a fecha 25-5-2018)

* Aumento de los inmunosupresores de nuevo.

* Control cada dos meses en vez de cada tres

* Diagnóstico:

-Trasplante renal normofuncionante

-Gran hernia de disco L4L5 y pequeña L5S1

-Dislipemia. Apnea del sueño (CPAP).

-Reflujo vesico-ureteral bilateral G III

-Hipoérgico inmunidad celular

-Pielonefritis crónica.

-Polineuropatía periférica

* Tratamiento: *Dieta hiposódica. Control TA, Tª, diuresis y peso. CPAP noche. Envarsus, Certican, Prednisona, Omeprazol, Adenuric, Atorvastatina, Paracetamol, Amlodipino, Hidroferol, Vimpat, Xeristar, Mg*

40. AVS. INFORME HISTORIA DE SALUD. 19-9-2018

* Diagnósticos Médicos Activos relevantes con el caso de I.P.

-Estado de trasplante renal. Polineuropatía periférica. Hernias discales lumbares. HTA. Aplastamiento vertebral. Gonalgia. Dislipemia. SAOS. Cardiopatía. Gota. Artritis. Cervicalgia por contractura. Dispepsia.

41. HOSPITAL CLÍNICO. ELECTROMIOGRAFÍA. 19-9-2018

* **Polineuropatía sensitiva mixta (axonal y desmielinizante) y motora en miembros inferiores, leve, distal y simétrica, asociado a afectación neurógena S1 dcha crónica leve sobreañadida.**

42. INFORMES DE NEUMOLOGÍA DESDE 2011 HASTA 2018

* SAOS en tratamiento con CPAP nocturno

43. REVISIONES ANUALES EN DERMATOLOGÍA Y OFTALMOLOGÍA

* Mayor riesgo de tumores cutáneos, cataratas, hipertensión ocular y afectación de retina.

44. G.V. DICTAMEN DE DISCAPACIDAD. 22-3-2019

1º. Limitación funcional de columna por trastorno del disco

2º. Artropatía gotosa

3º. Polineuropatía metabólica

4º. Hipermetropía

5º. Enfermedad respiratoria

6º. Enfermedad cardíaca isquémica

7º. Hipertensión secundaria

8º. Trasplantado renal

9º. Enfermedad de próstata

* **Grado Limitaciones Actividad 52%; FSC 3 P; Discapacidad 55%**

45. NEFROLOGÍA. INF. 2019. ASPECTOS COMUNES:

- * **Se precisan revisiones cada 3 meses**
- * **Persiste insuficiencia renal: elevación de creatinina**
- * **Hinchazón de pies. Precisa fármaco diurético.**

46. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 17-1-2019

47. MALVA-ROSA. UNIDAD DEL DOLOR. 22-3-2019

- * **Acude por Lumbalgia con radiculopatía y polineuropatía.**
- * Dolor referido a cara externa de ambos muslos
- * **Diagnóstico: Polineuropatía crónica desmielinizante**
- * **Plan: No es susceptible de infiltración. Se sugiere introducción de opioide**

48. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 2 y 23-4-2019

- * Se añade: Seguril si hinchazón de pies.

49. H. DR. PESET. NEUMOLOGÍA. 3 y 12-7-2019

- * SAOS precisa CPAP.

50. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 19-7-2019

- * Creatinina 1,86. Colesterol 220.
- * **Seguril para hinchazón de pies.**

51. H. DR. PESET. URGENCIAS. 30-31/7/2019.

- * Dolor osteomuscular torácico

52. H. CLÍNICO. NEUROLOGÍA. 18-10-2019

- * **Se retira Tramadol y se pasa a Palexia**

53. C. SANITAT. TRATAMIENTOS VIGENTES. 18-10-2019

54. H. DR. PESET. NEFROLOGÍA. 24-10-2019

- * Creatinina 1'64
- * **Diagnósticos: Trasplante renal normofuncionante. Gran hernia de disco L4L5 y pequeña L5S1. Dislipemia. Apnea del sueño. Reflujo vesico-ureteral G III. Hipóergico inmunidad celular. Pielonefritis crónica de base. Polineuropatía periférica. Estado de trasplante renal.**
- * Ordena prueba de esfuerzo.

55. H. DR. PESET. PRUEBA DE ESFUERZO. 12-11-2019

- * **La prueba se detuvo por dolor torácico**
- * Prueba de esfuerzo positiva silente sugestiva de **isquemia a media carga** (infradesnivel ST durante minuto 6).
- * **Atención: en el 2011 el estudio cardiológico ya diagnosticó la isquemia, aunque de menor intensidad, al cursar con fatiga pero sin dolor y a alta carga.**
 - SPECT, 5 y 8/8/2011: Discreta hipoperfusión del 7%. Mínima isquemia
 - Prueba de Esfuerzo. 25-5-2011. Patológico sugestivo de isquemia y fatiga.

56. H. DR PESET. NEFROLOGÍA. 9-12-2019

* Se reproduce tan solo la actualización del informe:

* **Diagnósticos**

-**Trasplante renal funcionante**

-**Gran hernia de disco L4L5 y pequeña L5S1**

-**Dislipemia. SAOS. Reflujo vesico-ureteral Grado III. Hipoérgico inmunidad celular**

-**Pielonefritis crónica de base. Polineuropatía periférica. Neurotoxicidad por Tacrolimus**

-**Dolor torácico**

* **Recomendaciones:**

-*Seguimiento muy estrecho. Mínimo visitas cada 3 meses con analíticas.*

-*Riesgo de rechazo agudo durante toda la evolución y complicaciones de la inmunosupresión como infecciones y neoplasias*

-*La medicación inmunosupresora tiene además otros efectos secundarios que ya se han puesto de manifiesto: neurotoxicidad, insomnio, nerviosismo y otros que **hacen dificultoso reiniciar labores comerciales de la misma forma en que se hacían antes del trasplante***

-*Presenta pluripatología (hernias discales, radiculopatía, SAOS) que comprometen más su calidad de vida.*

-*Fundamental vigilancia de los factores de riesgo vascular para supervivencia del injerto.*

-*No recomendamos levantar peso, ni esfuerzos.*

B) CUADRO PATOLÓGICO

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

A. SECUELAS DE TRASPLANTE RENAL realizado en el 2016.

1. **Insuficiencia Renal Crónica** ligera residual, con fluctuaciones siempre altas de las cifras metabólicas de creatinina y demás parámetros. Persiste Pielonefritis crónica, reflujo vesicoureteral grado III e Hiperparatiroidismo secundario.

2. Paciente **Inmunodeprimido** a causa del tratamiento farmacológico antirrechazo que precisa una compleja variación en las dosis administradas.

3. Episodios de **gota** y **reinfección** por citomegalovirus.

4. Efectos secundarios múltiples de la polimedicación

5. **Secuelas neurológicas importantes descritas en múltiples informes:**

-**Radiculopatía lumbosacra. Polineuropatía en contexto de problema metabólico. Afectación urémica y radiculopatía crónica. Afectación sensitiva con dolor neuropático. Precisa tercer escalón analgésico de la OMS (Palexia)**

-**Afectación polirradicular secundaria a patología lumbar asociada a Polineuropatía desmielinizante leve, predominio miembros inferiores, de etiología tóxica +/- urémica.**

-**Temblor de manos al intentar realizar tareas**

-**Refiere molestias tipo escozor o “pinchazos” en cara lateral de ambas piernas que se acompaña de disminución de fuerza, también temblores en extremidades que le dificultan la normal deambulación y el descanso nocturno**

6. **Clínica ansiosa y nerviosismo.** Cuadro psicoafectivo secundario.

7. Episodios de Gastroenteritis aguda

8. Plan de actuación y recomendaciones descritas en la Historia Clínica

-*Requiere controles periódicos frecuentes de parámetros de función renal y metabólicos*

-*Requiere despistaje de patología derivada de la inmunosupresión (infecciones, neoplasias)*

-*Control estricto de factores de riesgo cardiovascular (ya presenta Cardiopatía Isquémica)*

-La supervivencia media del injerto es de 10-15 años

-Si fracasase el riñón, podría ser reincluido en diálisis y reevaluar trasplante

9. Hospital Clínico. Electromiografía. 19-9-2018

-Polineuropatía sensitiva mixta (axonal y desmielinizante) y motora en miembros inferiores, leve, distal y simétrica, asociado a afectación neurógena S1 dcha crónica leve sobreañadida.

10. Precisa revisiones trimestrales como mínimo.

B. OTRAS PATOLOGÍAS.

1. **Patología vertebral Lumbar.** Hernias discales. Gran hernia discal L4L5 y pequeña L5S1. Lumbociatalgia bilateral. Las RM describen diversos hallazgos patológicos variables pero siempre importantes.

2. **Patología metabólica:** Dislipemia. Hipercolesterolemia. Hiperparatiroidismo.

3. **SAOS** o Síndrome de la Apnea Obstructiva del Sueño tratado con CPAP nocturno mascarilla oronasal

4. Hernia umbilical. Cirugía difícil por el estado general.

5. Hipertensión arterial

6. Cardiopatía Isquémica reciente por dolor torácico objetivada mediante Prueba de Esfuerzo. Pendiente de completar estudio. Sin embargo en los estudios cardiológicos del 2011 ya se diagnosticó la isquemia con fatiga.

C. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO MÚLTIPLE Y COMPLEJO. TERCER ESCALÓN ANALGÉSICO DE LA OMS.

CUADRANTE TOMA MEDICAMENTOS (24/10/19)

08'00 h.	Envarsus 0'75 mg. + 0'75 mg. Certican 1 mg. + 0'25 mg. Seguril 40 mg. Amlodipino 5 mg. Vimpat 200 mg. Palexia 100 mg.	1'50 mg. (2 cápsulas) 1'25 mg. (2cápsulas) 20 mg. (½ cápsula cada 48 H.) Pies hinchados ½ ó 1 cápsula. Sí T.A. >130 / 140. 200 mg. (1 cápsula) Dolor piernas. 100 mg. (1 cápsula) Dolor piernas.
10'00 h. (Desayuno)	Predisona 2'5 mg.	2'5 mg. (1 cápsula)
14'00 h. (Comida)	Mimpara 30 mg. Hidroferol 1 ampolla Magnesio BOI Vimpat 200 mg.	30 mg. (1 Cápsula cada 48 H.) Calcio/fosforo 1 amp. / 2 meses → (última 01/10/19) Víta. D 1 cápsula al día (Sí espasmos) 200 mg. (1 cápsula) Dolor piernas.
20'00 h.	Certican 1 mg. + 0'25 mg.	1'25 mg. (2 cápsulas)
21'00 h. (Cena)	Omeprazol 20 mg. Atorvastatina 10 mg. Adenuric 80 mg. Xeristar 60 mg. Vimpat 200 mg. Palexia 100 mg.	20 mg. (1 cápsula) 10 mg. (1 cápsula) Colesterol 80 mg. cada 5 días. (1 cápsula) Ácido úrico 60 mg. (1 cápsula) Dolor piernas. 200 mg. (1 cápsula) Dolor piernas. 100 mg. (1 cápsula) Dolor piernas.
-	Paracetamol 650 mg.	650 mg. cada 8 h. sí dolor.
-	Nolotil 750 mg.	750 mg. cada 8 h. sí dolor
-	Diazepan 5 mg.	5 mg. día sí > ansiedad

* Destaca un analgésico potente derivado opiáceo y dos psicofármacos, además de los potentes

inmunosupresores.

C) CONSIDERACIONES MÉDICO-LABORALES

1. El cuadro patológico descrito es de naturaleza orgánica, crónica e irreversible. Han sido agotadas las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras. El tratamiento farmacológico que precisa es paliativo, sintomático, y no logra recuperar la capacidad funcional.
2. El extenso, intenso y peculiar cuadro clínico descrito, junto con las frecuentes revisiones y controles facultativos, además de los efectos secundarios de la medicación, deterioran la calidad de vida e impiden actividades laborales regladas. En conjunto, el deterioro físico y psíquico del paciente es enorme e impide cualquier dedicación ocupacional.
3. El paciente está inmunodeprimido por lo que debe evitar lugares públicos, focos infecciosos y precisa estrecha vigilancia antitumoral.
4. El cuadro neurológico descrito inhabilita para la deambulaci3n y bipedestaci3n prolongadas, adem3s de para tareas f3sicas en3rgicas.
5. La cl3nica ansiosa y nerviosismo dificulta el cumplimiento de obligaciones ocupacionales.
6. La patolog3a Lumbar descrita inhabilita para las siguientes actividades:
 - Ejercitar la movilidad dorsolumbar de forma repetitiva y/o en3rgica
 - Las posturas forzadas, fijas o mantenidas dorsolumbares
 - La deambulaci3n y bipedestaci3n prolongada
7. Es dif3cil descansar y dormir con el aparato de soporte ventilatorio CPAP que precisa el SAOS. Ocasiona mal descanso nocturno y somnolencia diurna.
8. Estaba anunciado el mayor riesgo cardiovascular del paciente y del proceso m3dico padecido, y as3 ha ocurrido, ya que se ha diagnosticado una **Cardiopat3a Isqu3mica con Prueba de Esfuerzo patol3gica**. Pendiente de completar estudio. **En los estudios cardiol3gicos del 2011 ya se diagnostic3 la isquemia con fatiga.**
9. El Dictamen oficial de Discapacidad es de un 55%

12. El propio Inspector valorador del INSS reconoce:

*** Aunque el injerto es normofuncionante, presenta patolog3a relacionada con el procedimiento, enfermedad y complicaciones (inf. Nefro. 25-5-2018)**

EVALUACI3N CL3NICO-LABORAL

*** Aunque ha recuperado funci3n renal, presenta complicaciones secundarias del tratamiento y del procedimiento que aconsejan mantener su grado de incapacidad.**

Dr. Evelio Gonz3lez Prieto
Especialista en Medicina Legal y Forense
www.eveliogonzalez.com
17-2-2020