

**Expediente:** 26/2015

**Objeto:** Solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

**Dictamen:** 25/2015, de 7 de septiembre

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 7 de septiembre de 2015,

el Consejo de Navarra, integrado por don Eugenio Simón Acosta, Presidente; doña María Asunción Erice Echegaray, Consejera-Secretaria; y los Consejeros doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don Alfredo Irujo Andueza, don José Iruretagoyena Aldaz, don José Antonio Razquin Lizarraga y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente doña María Asunción Erice Echegaray,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 6 de julio de 2015 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.1, en relación con el artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por..., en nombre y representación de doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Se acompaña a la consulta el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la Orden Foral 93/2015, de 22

de junio, de la Consejera de Salud, por la que se solicita dictamen preceptivo de este Consejo.

El Consejo de Navarra, en uso de la facultad que le otorga el artículo 22 de la LFCN, adoptó el acuerdo de prorrogar el plazo para emitir este dictamen, en la sesión celebrada el día 20 de julio de 2015.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho y procedimiento**

### ***A) Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Con fecha 30 de enero de 2015, tuvo entrada en el registro del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, reclamación de responsabilidad patrimonial (solicitándose una indemnización de 180.000 euros), presentada por don..., en nombre y representación de doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, como consecuencia de una intervención de “Mastoidectomía abierta por colesteatoma” realizada el 30 de enero de 2014.

### ***B) Admisión a trámite***

La reclamación de responsabilidad patrimonial referida fue admitida a trámite por Resolución 19/2015, de 11 de febrero, del Secretario General Técnico del Departamento de Salud. En la misma resolución se designó instructora del expediente, y se informó a la interesada de que la tramitación podría implicar acceso a los datos de la historia clínica, así como de que el plazo máximo para notificar la resolución es de seis meses, siendo desestimatorio el sentido del silencio. Dicha resolución fue notificada a la promotora de la reclamación.

### ***C) Instrucción del procedimiento y trámite de audiencia***

En virtud de la instrucción del expediente, se han incorporado al mismo los siguientes documentos:

a) Historia clínica de doña... referida a los hechos reclamados existente en el Complejo Hospitalario de Navarra.

b) Informe médico del Jefe del Servicio de Neurofisiología del Complejo Hospitalario de Navarra.

c) Informe médico de 5 de marzo de 2015 de Facultativa Especialista Adjunta del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario de Navarra.

d) Informe médico de 27 de marzo de 2015 del Jefe del Servicio de Radiología del Complejo Hospitalario de Navarra.

Con fecha 22 de abril de 2015 tiene entrada en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dictamen de valoración de daño corporal elaborado por... el 7 de abril de 2015, donde se analizan pericialmente las secuelas que se entienden producidas en el presente caso.

Instruido el procedimiento y antes de dictar la propuesta de resolución, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 82.1.c) de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y en el artículo 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, mediante oficio notificado el 12 de mayo de 2015, se dio trámite de audiencia a la reclamante, con entrega de los documentos incorporados al expediente que se relacionan a continuación, concediéndole un plazo de diez días hábiles para que pudiera formular nuevas alegaciones y presentar otros documentos y justificaciones que estimara pertinentes, sin que se haya hecho uso de tal trámite:

a) Historia clínica de doña... relacionada con los hechos objeto de reclamación, remitida por el Director del Complejo Hospitalario de Navarra en formato DVD, facilitada con anterioridad al Sr..., y documentación generada con posterioridad.

b) Informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurofisiología del Complejo Hospitalario de Navarra.

c) Informe emitido el día 5 de marzo de 2015 por Facultativa Especialista de Área del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario de Navarra.

d) Informe emitido el día 27 de marzo de 2015 por el Jefe del Servicio de Radiología del Complejo Hospitalario de Navarra.

e) Dictamen Médico emitido por la Asesoría Médica..., en relación con los hechos objeto de la reclamación, de fecha 7 de abril de 2015, que tuvo entrada en el registro del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea el 22 de abril de 2015.

#### ***D) Propuesta de resolución***

En el expediente figura un informe jurídico formulado el 15 de junio de 2015 por la instructora del procedimiento, con el visto bueno del Jefe de la Sección de Asistencia Jurídica al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Se ha incorporado así mismo el texto de la propuesta de resolución que, en su caso, dictará el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de acuerdo con el contenido del informe formulado por la instructora. En ella se examinan los informes médicos obrantes en el expediente y se rechazan las alegaciones formuladas por la interesada, considerándose que, en suma, la asistencia sanitaria prestada se ajusta a la *lex artis ad hoc*, razón por la que se propone la desestimación de la reclamación.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen**

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por doña... por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial relativo a la actuación de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, en materia sanitaria.

El artículo 16.1 letra i) de la LFCN ordena que se consulte al Consejo de Navarra en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes, solicitud de informes necesarios, audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite este dictamen con carácter preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

## **II.2ª. Competencia y tramitación del expediente**

En orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Por lo que respecta a la tramitación del presente procedimiento, ha de indicarse que se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada a la reclamante, constanding, además, los informes emitidos por los distintos servicios médicos intervinientes en la misma, así como el dictamen de la Asesoría Médica Dictamed, en relación con los hechos objeto de la reclamación, de fecha 7 de abril de 2015, suscrito por un facultativo especialista en Otorrinolaringología. Se ha respetado, además, el principio de audiencia y el derecho de defensa que corresponde a la reclamante,

otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, presentación de alegaciones y de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

### **II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos**

La responsabilidad patrimonial de la Administración, contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la citada LRJ-PAC, y en los artículos 76 y siguientes de la mencionada LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión, dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

#### **II.4ª. La antijuridicidad del daño y el cumplimiento de la *lex artis ad hoc***

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en numerosos dictámenes (por todos, el dictamen 10/2013, de 9 de abril), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio. Por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño, sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

*“La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994 , que cita las de 19 enero y 7 junio 1988 , 29 mayo 1989 , 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993 , según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003 ).*

*Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cual es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido,*



*si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.*

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la *lex artis*, y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se apoya en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (*lex artis*). Este criterio es fundamental, pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión, sino también la infracción de dicha *lex artis*; de exigirse sólo la existencia de la lesión, se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad, al poder declararse la misma con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva, sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "*lex artis*" (STS de 13 de julio de 2007).

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuridicidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la "*lex artis ad hoc*"; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor,

de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991). Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

Pues bien, del expediente instruido y de la propuesta de resolución se desprende lo siguiente.

Doña..., paciente de 50 años de edad, en septiembre de 2013 es estudiada en el Servicio de Otorrinolaringología (en adelante ORL) del Complejo Hospitalario de Navarra por padecer lesión en el oído izquierdo. Allí, tras los primeros estudios, se llega al diagnóstico de sospecha de malformación congénita en oído izquierdo. Por ello, es enviada a la Unidad de Oído del Servicio de ORL del hospital para su confirmación. La consulta con la Unidad de Oído se realizó a finales de septiembre de 2013. Todas las pruebas allí realizadas parecen confirmar la existencia de una atresia del oído izquierdo, presentando una pérdida total de audición en oído. El cuadro se había complicado con la aparición de dolor de oído, e inflamación en la zona retro auricular, así como cierto grado de mareo.

Se solicitó un estudio mediante Tomografía Computarizada, que mostró la existencia de una amplia lesión expansiva, destructiva, que afectaba a los distintos componentes del oído, tanto al conducto auditivo externo como al oído medio y el oído interno. La lesión era de gran tamaño y afectaba a toda la extensión del hueso temporal.

El radiólogo recomendó la realización de una Resonancia Magnética para completar el diagnóstico. Esta prueba se realizó a principios de enero de 2014. En ella se veía la existencia de una lesión expansiva en peñasco

izquierdo compatible con colesteatoma o quiste epidermoide y signos de patología inflamatoria.

Ante estos hallazgos se le explica a la paciente la necesidad de realizar una intervención quirúrgica para diagnosticar la lesión que padecía en el oído y su extirpación. La paciente firmó un consentimiento informado para la realización de esta cirugía.

La paciente ingresó el 28 de enero de 2014 para ser intervenida al día siguiente. La cirugía fue llevada a cabo por especialistas del servicio de O.R.L. del Hospital. En ella se realizó una mastoidectomía abierta. Durante la intervención se monitorizó la función del nervio facial de forma electrofisiológica. Durante el procedimiento, que se hizo por abordaje retroauricular, se encontró que existía una gran masa, de lo que aparentemente parecía un colesteatoma, que se extendía en todo el antomastoideo con dehiscencias de las paredes laterales de todas las estructuras del oído medio y de la mastoides. Durante la intervención se comprobó que el nervio facial en su tercera porción presentaba una sección parcial, ya que se encontraba dehiscente. Se procedió a la descompresión de la cáscara, o sea, del resto de porciones del nervio facial y a su protección con fascia del músculo temporal.

La cavidad fue rellena con cartílago y grasa autólogos y se suturó la herida original de abordaje.

En el postoperatorio se objetivó que la paciente padecía una parálisis facial del lado izquierdo. Se instauró tratamiento con corticoides y antibióticos. Inmediatamente se solicitó la colaboración de los servicios de Rehabilitación y Neurofisiología.

El estudio de neurofisiología reveló que existía una severa axonotmesis del facial izquierdo, evidenciándose escasos signos de reinervación al principio.

Se solicita informe al Servicio de Oftalmología para los cuidados del ojo del lado de la parálisis.

Es revisada en varias ocasiones en el Servicio de ORL, donde se comprueba que la parálisis facial persiste con leve mejoría.

Paralelamente se instaura tratamiento con Rehabilitación y estudio neurofisiológico de la función del nervio facial.

En las siguientes revisiones existía una cierta tendencia a la supuración del oído operado; se comprobó que existía una fístula a nivel cutáneo con tejido de granulación, que precisó de curas durante varias semanas.

En mayo de 2014, ante la persistencia de la supuración, se solicitó una nueva prueba de TC. En ella se descartó la existencia de recidiva del colesteatoma. Las pruebas neurofisiológicas, a pesar de seguir mostrando un mal pronóstico, comenzaban a ver signos de reinervación que indicaban que podía ocurrir mejoría.

Una revisión efectuada un mes después muestra que la reinervación es leve.

A mitad del mes de julio de dicho año la fístula se cerró y dejó de drenar; sin embargo, semanas después apareció de nuevo la infección. Mientras tanto la paciente estaba realizando un tratamiento de rehabilitación.

En noviembre de 2014 la paciente consultó con otro médico del servicio de ORL, para recabar una segunda opinión. En esta consulta se confirmaron todos los hechos clínicos previos y se recomendó a la paciente que continuara con el mismo tratamiento.

En una última consulta a finales de diciembre de 2014, la paciente seguía manteniendo una pequeña fístula con tejido de granulación, que ella misma de acuerdo con su médico decidió no tocar.

La exploración de la motilidad facial mostraba un cierre ocular completo esfuerzo, una movilidad frontal muy limitada y una asimetría de la comisura labial al esfuerzo.

Pues bien, por lo que respecta a la reclamación presentada, procede analizar si la actuación de los servicios sanitarios públicos fue correcta. Y, al efecto, cumple examinar el contenido de los informes médicos obrantes en el expediente.

1°.- El informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurofisiología del Complejo Hospitalario de Navarra, en fecha 24 de febrero de 2015, expresa lo siguiente:

*“En los archivos del servicio constan 3 exploraciones realizadas a dicha paciente, exploraciones que adjunto junto con el presente informe.*

- *La primera, que es la que consta en el expediente que se me ha enviado realizada por el Dr...., FEA de este Servicio con fecha 26/02/2014.*
- *Una segunda realizada por la Dra..., FEA del Servicio, con fecha 14/05/2014.*
- *Una tercera realizada también por la Dra.... con fecha 7/11/2014.*

*Tiene un perfil evolutivo por lo que comentará sobre todo la última que pienso refleja más fielmente la situación actual de la paciente.*

*1. En la primera sólo se realizó un estudio de los músculos afectados de la cara, que mostró una denervación relativamente reciente de todos ellos, con el músculo en reposo. El esfuerzo voluntario conseguía movilizar algunas unidades motoras musculares, pero en conjunto era un trazado muy deficitario. Por ello el diagnóstico fue de lesión importante (axonotmesis, término que indica pérdida de fibras en el nervio afectado) del nervio facial izquierdo. En estos casos para establecer un pronóstico se aconseja realizar exploraciones cada 3 meses aproximadamente para evaluar la evolución.*

*2. En la segunda además del electromiograma se realizaron reflejos trigémino-faciales. Estos consisten en la traducción eléctrica del reflejo corneal, es decir, el cerrar los ojos al tocar la cornea. Se estimula*

*eléctricamente el nervio supraorbital (en la ceja) que es rama de trigémino (nervio que recoge la sensibilidad de la cara) que establece un contacto en el tronco cerebral con el nervio facial (que es responsable de la actividad motora de la cara) que produce el cierre del ojo. Es una manera indirecta de saber la funcionalidad del nervio facial cuando éste no se puede estimular directamente (como explica la Dra... en el informe). De acuerdo con el informe se aprecian dos cambios cualitativos importantes. En primer lugar hay respuesta en los reflejos trigémino-faciales mediada por el facial izquierdo, sí bien está retrasada y es de baja amplitud. Luego del facial funciona parcialmente. En segundo lugar se observa la presencia de potenciales musculares motores de reinervación en el músculo orbicular de la boca izquierdo dependiente del facial. En el informe se constatan estos hechos a la vez que se expresa la opinión de que va a haber una lesión residual importante (se suele inferir del tiempo transcurrido desde la lesión y los resultados del estudio).*

*3. El tercer estudio está realizado en noviembre de 2014. En él se constata.*

- Existencia de respuestas mediadas por el facial izquierdo tras estimular el trigémino derecho e izquierdo ya presentes en el anterior estudio.*

- Presencia en el electromiograma del orbicular de la boca de ráfagas de potenciales motores que aumentan al decirle que cierre los ojos. Este fenómeno se denomina sincinesia, es bastante habitual en las parálisis faciales y se debe a lo que llamamos una reinervación aberrante, es decir que no sigue el cauce habitual Es fuente de molestias y no añade nada a la funcionalidad.*

- Se ha podido explorar directamente el nervio facial (se hace en la zona mastoidea) y se observa que hay respuesta aunque retrasada respecto a la del otro lado y de baja amplitud. La Neuronografía (que es el cociente entre la amplitud de la respuesta del lado afecto y la del sano) es del 34%. La Neuronografía traduce de manera aproximativa el porcentaje de la lesión. En este caso indicaría que el 66% de las fibras del nervio están lesionadas.*

*Resumiendo, y tomando como referencia el último estudio que es el que traduciría de manera más real la situación de la paciente, se constata una lesión parcial importante del nervio facial izquierdo. Si nos atenemos a la Neuronografía, sólo un tercio del mismo presenta cierto grado de funcionalidad. Hay signos de reinervación, pero son muy parciales y además se han producido sincinesias que provocan molestias sin ser de utilidad funcional. Si nos atenemos al tiempo transcurrido (y esto es una opinión personal basada en la experiencia) no cabe esperar una recuperación significativa de la función del nervio facial izquierdo”.*

2°.- El informe realizado por Facultativa Especialista del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario de Navarra, en fecha 5 de marzo de 2015, complementario a los informes clínicos que acompaña, recoge lo siguiente:

*“Respuesta a los hechos.*

*Primero y segundos referencia a informe clínico.*

*Tercero.*

*Acerca de la consulta realizada el día 10 de enero 2014. Para nosotros la terminología Timpanoplastia y mastoidectomía son habituales en la técnica quirúrgica, no existe como así se refiere en el hecho tercero un error ni una diferencia.*

*Timpanoplastia es la técnica que se utiliza de forma general para el abordaje del hueso timpanal en el que esta incluida la mastoides, mastoidectomía abierta CDW o mastoidectomía cerrada CUD, son términos utilizados para especificar técnicas de la Timpanoplastia.*

*En cuanto a la información, fue correcta y específica acompañando al Consentimiento informado del que la paciente recibe una copia y además se explica párrafo a párrafo en la consulta.*

*Durante la cirugía se utilizó monitorización del nervio facial con el sistema Neurosing del que disponemos.*

Cuarto.

*Durante la cirugía se apreció la lesión producida en la tercera porción del Nervio Facial seccionado parcialmente y se realizó una descompresión de la segunda porción del mismo para evitar tensión y así se pudiesen acercar los bordes, protegiendo el nervio con fascia del músculo temporal.*

Quinto.

*Se procedió en el postoperatorio al estudio Neurofisiológico del nervio para valorar estado y pronóstico de la función del mismo.*

*La lesión es irreversible pero una actuación rápida en la rehabilitación minimiza sus consecuencias.*

*El tratamiento inmediato durante la cirugía es comparable con los posibles resultados que se obtengan con tratamientos quirúrgicos sobre el nervio posteriormente, como es el más frecuente la Anastomosis N. Hipogloso-N. Facial*

Sexto.

*Como se recoge en el informe clínico no se ha tratado de infecciones de la cavidad sino de la dehiscencia o fístula del canal auditivo externo, se le ha propuesto el cierre del mismo en varias ocasiones sin aceptar la paciente; no se trataría de una revisión de la Mastoidectomía sino un cierre superficial de la piel del conducto auditivo externo.*

*En el informe del TAC "lesión ósea destructiva con tejido de partes blandas ocupando una amplia cavidad", se interpreta como esperado y dentro del postoperatorio de estas intervenciones. La destrucción ósea era previa y ampliada en la cirugía para la eliminación del colesteatoma, en cuanto a la ocupación como se explica en el protocolo la cavidad se rellena con grasa, cartílago y músculo, así como esponjostan que es material de uso en rellenar cavidades y que se explica en el consentimiento informado.*



*Considero mi intervención en todo este proceso correcta con un seguimiento específico y continuo para evitar en el contexto de la gravedad las mínimas secuelas a esta paciente”.*

3°.- El informe realizado por el Jefe del Servicio de Radiología del Complejo Hospitalario de Navarra, en fecha 27 de marzo de 2015, dice lo siguiente:

*“En este Servicio de Radiología, y relacionados con el proceso patológico objeto de la reclamación patrimonial presentada por la paciente, le han sido realizadas las siguientes exploraciones:*

- Tomografía Computarizada de oídos el día 15 de noviembre de 2013.*
- Tomografía Computarizada de órbitas y oídos el 18 de noviembre de 2013*
- Resonancia magnética de oídos y cráneo el 9 de enero de 2014.*
- Tomografía Computarizada de oídos el 16 de mayo de 2014 (postquirúrgica).*
- Ecografía de glándulas salivales el 18 de diciembre de 2014.*

*Tras las exploraciones anteriormente enumeradas fueron acompañadas de los correspondientes informes radiológicos, y todos ellos resultados acordes con los hallazgos postquirúrgicos que figuran en el informe de Anatomía Patológica.*

*La indicación de los estudios que se realizaron correspondió, en todos los casos, al Servicio de Otorrinolaringología, así como la indicación y realización de la técnica quirúrgica adecuada”.*

Por su parte, el dictamen médico emitido con fecha 7 de abril de 2015 por la asesoría médica..., tras realizar un resumen de los hechos, efectúa las siguientes consideraciones:

*“1. Sobre el diagnóstico y la indicación quirúrgica:*

*La paciente padecía una lesión congénita del oído izquierdo desde su nacimiento.*

*Acudió a la consulta de ORL, muchos años después de padecerla, al presentar signos inflamatorios añadidos, secundarios a infecciones que su oído izquierdo estaba sufriendo más recientemente.*

*Tras estudio en el Servicio de ORL se llega a sospecha de que existía una tumoración que se expandía dentro de todas las cavidades del oído medio destruyendo las paredes de las mismas.*

*Existían varias posibilidades, y tras varios estudios radiológicos, que comprendían la realización de todo tipo de pruebas de imagen, se llegó a la conclusión de que la paciente padecía probablemente un gran colesteatoma congénito, en el que se había provocado una infección más reciente con destrucción de las estructuras del oído medio. No se podían descartar otros tipos de tumores.*

*A mi juicio todo este proceso diagnóstico constituye un acto médico adecuado y realizado correctamente en tiempo y forma.*

*La clara evidencia de que existiera una tumoración destructiva en el seno de las cavidades aéreas del oído medio, hacían mandatoria la realización de una intervención quirúrgica para llegar a su diagnóstico correcto y si es posible a su extirpación completa.*

*Por tanto la indicación de realizar una Mastoidectomía o también llamada Timpanoplastia en ese oído era una decisión médica correcta.*

*En el escrito de reclamación, se hace referencia a que la paciente fue intervenida de una Mastoidectomía abierta en lugar de la Timpanoplastia que se le había propuesto previamente, y para la que había firmado el consentimiento. Esta es una discusión absurda ya que ambos términos son sinónimos. La Mastoidectomía hace referencia a la apertura de la apófisis mastoides y de las cavidades del oído medio afectadas, y la Timpanoplastia a la parte que corresponde a la caja del tímpano que en este caso también se encontraba afecta; luego en cualquier caso una intervención con lleva a*

*la otra y más en un caso como éste en el que existía tumoración tan amplia que destruía todas las cavidades del oído.*

*La paciente fue estudiada de forma preoperatoria, sin que se encontraran contraindicaciones y tras aceptar la propuesta quirúrgica, firmó un consentimiento informado para la cirugía. No puede afirmar la paciente que no fue informada de los riesgos de esta intervención, pues es una práctica habitual que se presente el consentimiento informado al mismo tiempo que se otorga al paciente la información que precise al respecto. Y evidentemente en estos documentos figura explícitamente la parálisis facial como un riesgo particular en este tipo de intervenciones.*

*Por tanto estoy convencido de que todo el proceso diagnóstico y la indicación quirúrgica que se realizó a esta paciente en el Complejo Hospitalario de Navarra fueron absolutamente correctos.*

## *2.- Sobre la realización de la intervención:*

*La Mastoidectomía se realizó por una especialista del Servicio de ORL del centro hospitalario, con experiencia en esta patología. Todos los hechos referidos en el protocolo quirúrgico hablan de una intervención que se realizó de forma minuciosa y que dentro de la dificultad que presentan este tipo de lesiones en el oído medio fue llevada a cabo respetando los protocolos quirúrgicos vigentes. La propia cirujana detectó la existencia de una dehiscencia del nervio facial, es decir, este nervio estaba desprovisto de su cascarilla ósea y rodeado por tejido de granulación. Se describe como se detecta la sección parcial del nervio, lo cual ocurre porque este nervio está rodeado por tejido tumoral que se debe extirpar, y como se reconstruyó la misma estructura nerviosa, así como se descomprimió el resto del nervio.*

*Todo ello habla de una gran profesionalidad de la cirujana, que actuó correctamente en unas circunstancias quirúrgicas muy desfavorables dadas las características del tumor que estaba extirpando.*

*Por tanto podemos afirmar que de acuerdo a los hechos descritos en el historial clínico, la intervención fue realizada de forma escrupulosamente*

*correcta y la lesión del nervio facial no se debe a ninguna negligencia o error sino a circunstancias de la propia patología.*

### *3.- Sobre la actuación tras surgir la complicación.*

*Después de la intervención la paciente refiere un cuadro de parálisis facial izquierda. El nervio facial (VII par craneal) tiene un recorrido dentro de una vaina ósea (conducto de Falopio) que recorre el interior del hueso temporal. En la llamada segunda porción del recorrido intratemporal del nervio facial, éste se encuentra en íntima relación anatómica con las estructuras del oído medio. En ocasiones la manipulación normal durante este tipo de intervenciones puede producir una lesión inflamatoria en el nervio que a este nivel puede estar fuera de su funda ósea. Este tipo de lesiones ocurren en un porcentaje de las cirugías y ocurren sin que medie ningún tipo de mala práctica médica. Se considera como un riesgo particular en este tipo de intervenciones y así viene recogido en el consentimiento informado que conocen los pacientes.*

*Al surgir la parálisis se tomó la decisión de optar por el tratamiento médico, sin que se pensara en reintervenir a la paciente. Esta es a mi juicio una decisión acertada ya que al no existir una sección completa del nervio, como luego se demostró en las pruebas eléctricas, la indicación de tratamiento médico es la adecuada.*

*También se tomaron medidas de protección ocular que están recomendadas en estos casos, dado el déficit de parpadeo y por tanto de limpieza y humidificación corneal que eso conlleva.*

*Tras ser dada de alta, se indica la realización de pruebas electrofisiológicas para valorar la progresión y el pronóstico de la parálisis facial. También se programaron varias visitas de seguimiento y consultas en Oftalmología para monitorizar la evolución clínica. Todas estas decisiones son, sin duda, las correctas en casos como éste.*

*Con respecto a la evolución de su parálisis facial a lo largo de los meses posteriores su evolución también fue progresivamente a mejor. En las últimas revisiones que datan de Diciembre de 2014 la paciente*

*presentaba una simetría de la mímica facial en reposo y solo presentaba una afectación facial con el esfuerzo.*

*Toda la actuación dentro del post operatorio se debe considerar correcta y se usaron todos los mecanismos que se recomiendan para la recuperación de la función del nervio facial.*

### CONCLUSIONES

*1. La paciente padecía un cuadro de afectación en oído izquierdo desde hacía años.*

*2. Fue correctamente diagnosticada y se le propuso una intervención perfectamente indicada para tratar su proceso. La paciente voluntariamente aceptó esta técnica.*

*3. La intervención quirúrgica fue llevada a cabo por un profesional capaz que realizó la técnica de forma adecuada, adaptando la técnica quirúrgica a los hallazgos de forma absolutamente correcta.*

*4. En el postoperatorio surgió una parálisis facial que forma parte de los riesgos particulares de este procedimiento quirúrgico.*

*5. Es evidente que ésta última no se debió a ninguna mala práctica quirúrgica, ya que ésta fue la adecuada a las circunstancias de la intervención. Más bien esta parálisis está en relación con la patología tumoral que padecía la paciente.*

*6. Los cuidados que se impartieron en el postoperatorio fueron los que se exigen en este tipo de casos.*

*7. La paciente ha recuperado la movilidad de la cara hasta presentar una parálisis residual parcial, con la movilidad de la cara parcialmente recuperada.*

*8. Toda la actuación médica fue la que define la “lex artis” en este tipo de situaciones”.*

Pues bien, de los referidos informes, así como del dictamen citado, se concluye que la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fue conforme a la *lex artis ad hoc*. Y debe resaltarse, en todo caso, que, como se recoge expresamente en el último informe médico referido, “en el escrito de reclamación se hace referencia a que la paciente fue intervenida de una Mastoidectomía abierta en lugar de Timpanoplastia que se le había propuesto previamente, y para la que había firmado el consentimiento. Ésta es una discusión absurda ya que ambos términos son sinónimos”.

Consta, así mismo, que el tratamiento efectuado, que le fue explicado a la paciente, contó con su consentimiento. Así se observa, en particular, en el “documento de información y autorización para la realización de timpanoplastia”, suscrito por la reclamante el 10 de enero de 2014. En él afirma expresamente la paciente “que ha sido informada por el médico de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esa técnica quirúrgica”. Y añade seguidamente que “estoy satisfecha de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas”. Así mismo, por lo que aquí interesa, se recoge en dicho documento que “en el caso de que durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo”.

Por todo ello, procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por la reclamante.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don..., en nombre y representación de doña..., por presuntos daños y

perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, ha de ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.