

<p><b>Expediente:</b> 31/2016 <b>Objeto:</b> Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria. <b>Dictamen:</b> 49/2016, de 21 de octubre</p>
--

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 21 de octubre de 2016

El Consejo de Navarra, compuesto por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente, doña Socorro Sotés Ruiz, Consejera–Secretaria; y doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Iruretagoyena Aldaz y don Alfonso Zuazu Moneo, Consejera y Consejeros.

siendo ponente don Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 2 de junio de 2016 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con 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 (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo, sobre el expediente de responsabilidad patrimonial de la Comunidad Foral de Navarra formulada por doña..., en nombre y representación de doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 45/2016, de 19 de mayo, del Consejero de Salud.

A la solicitud, se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación, incluyendo propuesta de resolución por parte del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la Orden Foral 45/2016, de 19 de mayo, por la que se solicita se emita dictamen por este Consejo.

Con posterioridad -12 de julio de 2016- se ha recibido en este Consejo documentación complementaria consistente en informe del Servicio de Régimen Jurídico de 30 de junio de 2016 en el que se indica que la reclamación formulada no fue acompañada de la documentación que se mencionaba en la misma.

### **I.2ª. Antecedentes de hecho**

De los documentos obrantes en el expediente que se nos ha facilitado, resultan los siguientes hechos relevantes:

#### ***Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Con fecha 3 de mayo de 2012, doña..., actuando en nombre y representación de doña..., presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, al considerarse que no se emplearon con su representada los medios adecuados, ni se le trató con la diligencia adecuada, cuantificando los daños padecidos en 769,15 euros por pruebas médicas, tratamiento y medicamentos y en 600.000 euros por los daños y perjuicios ocasionados.

En el escrito de reclamación se indica que doña... comenzó a sufrir en noviembre de 2010 una serie de dolores en el suelo pélvico. En febrero de 2011, en urgencias de ginecología, le dijeron que tenía endometriosis, siendo operada el 25 de marzo de 2011. La paciente iba empeorando y en conversación mantenida con el médico que le había operado, este le manifestó que no padecía endometriosis.

Tras ingreso producido el 26 de abril de 2011 se le realizaron pruebas ginecológicas y traumatológicas, concluyéndose que podía estar sufriendo una posible osteítis púbica (infección en el pubis), administrándosele antibióticos. Tanto en junio, como en julio de 2011 volvió al servicio de urgencias por encontrarse peor. Fue operada el 13 de julio de 2011. “De lo único que le informaron fue de la posibilidad de poner en las sínfisis del pubis una placa”, sin advertirle de que tendría que pasar un mes en silla de ruedas. En la intervención “le extrajeron un trozo de hueso para analizar”. En

el mes de agosto siguiente la examinó el doctor que la había intervenido, “el lugar donde le dolía no se correspondía con el diagnóstico de Osteitis” y le comentó que “el resultado de los huesos extraídos... correspondían a los de una persona normal... que se había equivocado, cuando un mes antes había asegurado que tenía el hueso mal... no sabía lo que padecía”.

Cuando el 19 de agosto de 2011 acudió a rehabilitación, le comentaron que podía tener mal el nervio pudiendo, pero los tratamientos no fueron eficaces. Se le llegó a infiltrar en la zona, pero no mejoró nada.

Antes esta situación, la paciente buscó profesionales en internet y encontró un médico en Aix en Provence en Francia, “que se supone que es uno de los mejores”. Le diagnosticaron un “atrapamiento del nervio pudiendo izquierdo en el canal de Alcock y una importante tensión miofascial en los músculos provocada por las operaciones inapropiadas mediante un ECO DOPPLER y la trataron” realizándose “tres infiltraciones, pero no a ojo como le hizo el ginecólogo en España, sino con TAC e inyectándole la medicación en el nervio pudiendo izquierdo exactamente donde lo tenía atrapado y no como en España a ambos lados. Al mismo tiempo... le dijeron que tenía que realizar estiramientos con fisioterapia para solucionar la tensión miofascial de los músculos”.

El 21 de marzo de 2012, la paciente recibió el alta médica, después de haberse sometido a la intervención para quitar la placa que le colocaron en el pubis. Cinco semanas después tuvo que volver a someterse a otra intervención por problemas en la herida quirúrgica.

Considera la reclamante que sufrió dos operaciones que no eran necesarias, en la primera se le operó de endometriosis, y en la segunda se le colocó una placa en el hueso. Se podía haber aplicado la “técnica ECO DOPPLER para poder ver que el nervio pudiendo estaba afectado”, razón por la cual entiende que no se emplearon los medios adecuados, ni se le trató con la diligencia debida

Se reseñan como acompañados una serie de documentos que no obran en el expediente, y se termina solicitando el abono de 769,15 euros por “pruebas médicas y tratamiento, además de medicamentos” y 600.000

euros “por los daños y perjuicios ocasionados, debidos a una deficiente y negligente asistencia sanitaria prestada originando continuos ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas innecesarias, secuelas que todavía se encuentran pendientes de estabilización, pérdida de oportunidad y expectativas en su actividad laboral”.

### ***Instrucción del procedimiento: historia clínica e informes***

Si bien no consta resolución de admisión a trámite de la reclamación presentada, ni nombramiento de instructora del procedimiento, con fecha de 29 de agosto de 2012, se solicita por esta, copia de la historia clínica de doña..., relacionada con los hechos objeto de la reclamación, lo que se remite, con fecha de 3 de septiembre de 2012 por el Centro de Salud de..., y con fecha de 7 de septiembre de 2012, por el Director del....

De los documentos que conforman la historia clínica se desprende lo siguiente:

1. Con fecha de 2 de marzo de 2011 la paciente, de 24 años y que había sido intervenida en 2005 de “quistes de Bartolino”, acude al Servicio de Obstetricia y Ginecología ... por “nódulo muy dolorosa en introito de seis meses de evolución”, efectuándose el siguiente juicio clínico: “Nódulo endometriósico versus varices vulvares trombosadas??”
2. El 16 de marzo de 2011, el Servicio de Anestesia Obstétrico-Ginecológica... informa, ante la intervención que se propone por la sospecha de endometriosis vulvar, consistente en “exéresis”, que puede ser anestesiada.
3. Con fecha de 25 de marzo de 2011 se realiza por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del... la intervención consistente en la “excisión de lesiones pigmentadas vulvares dolorosas”.
4. Según informe de 30 de mayo de 2011, del Servicio de Obstetricia y Ginecología..., la paciente es ingresada el día 26 de abril de 2011. Según se indica, la paciente presentaba unas lesiones azuladas perineales en introito, “motivo por el que se hizo un diagnóstico de presunción de endometriosis a ese nivel, pero tras la exéresis de la

zona afectada el cuadro no ha mejorado. Además el estudio histopatológico no ha confirmado el diagnóstico”, volviendo el cuadro con tanta o más intensidad. Respecto a la exploración ginecológica se indica que bajo la cicatriz correspondiente a la cirugía previa de exéresis de la glándula de Bartolino “se palpa trayecto lineal de unos 4 cm muy doloroso”. Como juicio clínico se indica: “sospecha de osteítis púbica”, lo que aparece confirmado en informe del Servicio de Traumatología de esa misma fecha con el juicio clínico “osteítis de pubis”.

5. Tras el correspondiente informe del Servicio de Anestesia y Reanimación..., de 12 de julio de 2011, en el que se indica que la paciente puede ser anestesiada, con fecha de 13 de julio de 2011 se le interviene quirúrgicamente “para fijación de sínfisis pubiana mediante osteosíntesis con placa y tornillos”. En informe del Servicio de Traumatología... de 23 de agosto de 2011 se precisa que “posteriormente ha permanecido un mes en descarga completa de extremidades inferiores desplazándose en silla de ruedas”, encontrándose actualmente “en tratamiento en servicio de Rehabilitación para recuperar potencia muscular así como bipedestación y deambulación. Por parte de dicho servicio se va a iniciar tratamiento de nervio pudendo como causa de los síntomas de la paciente”.
6. Con fecha de 3 de septiembre de 2011, la paciente acudió al Servicio de Urgencias porque tenía mucho más dolor. “Está diagnosticada de neuralgia del pudendo, ayer le hicieron una infiltración superficial que no le ha hecho efecto”.
7. El 9 de septiembre de 2011 acude al Servicio de Neurología... por “dolor púbico”. Se solicita “estudio del N Pudendo ENG nervio pudendo y EMG de esfínter anal”, lo que sugiere que “tanto el nervio pudendo como el esfínter externo del ano están sobreestimulados”.
8. Con fecha de 15 de noviembre de 2011, el Servicio de Medicina Interna... informa que con la “sospecha de endometriosis la paciente es intervenida de las lesiones nodulares en Abril. La

Anatomía Patológica no confirma este diagnóstico. Se trataba de un quiste glandular. Tras la intervención... es valorada por el S. de Traumatología siendo diagnosticada de osteítis de pubis (con RM y Gammagrafía compatible)". "Ha sido intervenida en Traumatología de lo que parecía una osteítis pubiana, sin resultado. También ha sido intervenida por Ginecología, y tampoco ha tenido un resultado satisfactorio". "Ha sido diagnosticada de Neuralgia del nervio Pudendo pero los tratamientos no han sido eficaces. El dolor sigue, no puede trabajar ni sentarse mucho tiempo".

9. Con fecha de 16 de enero de 2012, emite informe el Servicio de Rehabilitación..., donde se indica:

"Tras valoración por el Servicio de Rehabilitación se sospecha probable neuropatía del pudendo y se inicia tratamiento específico mediante terapia intravaginal analgésica y terapia manual.

Ante la persistencia del dolor tras fisioterapia se comenta con Ginecología (...) que realiza infiltración de rama superficial del pudendo a nivel del periné con alivio parcial que cede en horas. El 2/11/11 realiza infiltración de n. pudendos en canal de Alcock con trigón depot y lidocaína.

En revisión 30/12/11 refiere que la infiltración realizada en SNS fue ineficaz, persistiendo sintomatología por lo que en este tiempo ha acudido para valoración y tratamiento a centro médico de Rehabilitación pelviperineal en Francia, donde tras realización de Doppler de vasos pudendos y examen pélvico diagnostican:

Neuralgia pudendo izquierdo complicada con importante síndrome miofascial de músculos obturadores internos, agravado por intervenciones quirúrgicas inapropiadas.

El 15 de diciembre 2011 realizan una infiltración de N. pudendo izquierdo con scanner de control y acude regularmente a sesiones de terapia en una fisioterapeuta privada y osteópata con clara mejoría de su sintomatología, por lo que incluso ha dejado de requerir medicación y planea reincorporación a vida laboral.

Van a realizar 2 infiltraciones más, el 30 de enero - 12 y el 27 de febrero - 12.

Pendiente de consulta de COT para planificar retirada de material de osteosíntesis de sínfisis de pubis.

Pendiente de revisión en consulta de Rehabilitación para valorar resultados de 2ª infiltración.

La paciente solicita este informe de cara a solicitar que la Seguridad Social se haga cargo de parte de los gastos que su patología le está generando ante la ineficacia de los tratamientos que el Servicio Navarro de Salud le ha ofrecido.”

10. Tras el correspondiente informe del Servicio de Anestesia y Reanimación..., de 23 de febrero de 2012, en el que se indica que la paciente puede ser anestesiada, con fecha de 21 de marzo de 2012 se le interviene quirúrgicamente por parte del Servicio de Traumatología..., retirándose la placa en sínfisis pubiana.
11. Con posterioridad, al supurar la herida, la paciente fue nuevamente ingresada con fecha de 18 de abril de 2012, dándosele de alta el 26 del mismo mes y año tras la correspondiente “limpieza y drenaje”.

Conforme al informe emitido con fecha de 5 de septiembre de 2012 por la Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, el caso de doña... es “complejo, tanto por lo infrecuente como por la edad de la paciente y la ausencia de patologías previas que puedan producir el atrapamiento de nervio pudiendo que al parecer padece. Prueba de lo expuesto es la colaboración entre diferentes Servicios sin que ninguno de nosotros hayamos sido capaces de demostrar cuál era la causa de su sintomatología. En nuestro medio no se aplica el Eco Doppler para el diagnóstico de esta patología, a pesar de lo cual se hizo tratamiento empírico de un posible atrapamiento sin resultado satisfactorio.”

Destacamos, por otra parte, lo señalado por el informe emitido por el Servicio de Traumatología con fecha de 14 de septiembre de 2012:

“La paciente presentaba dolor perineal irradiado a cara anteroinferior del abdomen, afectando a sínfisis pubiana. El dolor aumentaba con la palpación.

Los estudios analíticos eran normales.

En radiografía de sínfisis pubiana presentaba dudosa rarefacción ósea que podría ser compatible con osteítis pubiana.

Se instauró tratamiento con antibiótico de amplio espectro.

En gammagrafía ósea realizada el 12/05/2011 se informó de: «Aumento de captación de Tc 99 a nivel de región del pubis en ambas ramas superiores y verticales sugestivo del diagnóstico de sospecha de osteítis de pubis».

El 27/05/2011 se realizó nueva gammagrafía con galio-67 donde se informa: «Aumento de captación a nivel de pubis de menor intensidad de representación y similar distribución que en el estudio realizado con TC-99 sugestivo de afectación inflamatoria dicho nivel. Afectación inflamatoria de pubis, sin datos gammagráficos de infección sobreañadida en el momento actual».

El 4/05/2011 se realizó resonancia magnética donde existen hallazgos radiológicos compatibles con el diagnóstico de presunción probable osteítis de pubis.

En TAC realizado el 11/05/2011 se aprecia «discreta irregularidad en superficie articular correspondiente a la sínfisis de pubis».

El 11/05/2011 en nuevo TAC se describe que «comparado con estudio previo del 11/05/2011 persiste discreta irregularidad en la superficie articular de pubis sin apreciar alteraciones de la cortical ni cambios significativos respecto a estudio previo».

Vista en consulta externa de COT la paciente no mejoraba de forma manifiesta.

El 20/06/2011 ingresó en servicio de Medicina Interna por dolor importante en región pubiana. No se encontraron anomalías destacables salvo el dolor perineal persistente.

Fue vista en Unidad del Dolor donde se pautó tratamiento analgésico.

El 10/07/2011 nuevo ingreso por dolor incontrolable. Todos los estudios son normales salvo zona de rarefacción ósea a nivel de sínfisis pubiana ya objetivada en anteriores estudios radiológicos.

Ante la persistencia de los dolores se decide abordar quirúrgicamente la sínfisis pubiana.

El 13/07/2011 se realiza intervención abordando sínfisis y ramas pubianas no apreciándose «de visu» alteraciones significativas. Se toman muestras óseas para biopsia y cultivo siendo ambos estudios negativos.

En el transcurso de la operación y previendo que pudiera tratarse de inestabilidad mecánica de la sínfisis pubiana se procede a colocar osteosíntesis en dicha zona para impedir movimientos anómalos de la articulación citada manteniéndole en reposo durante un mes. La paciente durante el posoperatorio manifestó unas veces que tenía gran



dolor en la zona perineal, sin embargo otros días estaba mucho mejor y apenas tenía dolor.

Posteriormente y ante la persistencia de la sintomatología clínica de dolor se volvió a consultar con la Unidad del dolor y servicio de Rehabilitación donde se diagnosticó neuropatía de nervio pudendo izdo.

Fue tratada en Rehabilitación y se realizó infiltración de nervio pudendo por parte de Ginecología.

La paciente acudió a tratar su dolencia de nervio pudendo en Francia y por lo que parece mejoró la sintomatología.

La paciente solicitó la retirada de la placa de osteosíntesis en pubis.

El 20/03/2012 se procedió a cirugía para dicha retirada.

En el postoperatorio de dicha intervención presentó dehiscencia de sutura con sangrado y hematoma en pared abdominal.

El 20/04/2012 se realizó nueva intervención para limpieza de hematoma administrándose tratamiento antibiótico. La herida quirúrgica cicatrizó sin otros problemas.

Posteriormente no hemos tenido más noticias de la paciente.”

Con fecha de 11 de octubre de 2012, y a solicitud de la aseguradora..., se emite informe, suscrito por tres especialistas en obstetricia y ginecología, por la asesoría médica “...” (en adelante, ...), donde se indica que la neuralgia del pudendo o síndrome del atrapamiento del nervio pudendo es “una patología poco conocida y por ello raramente diagnosticada”. Los pacientes que padecen este síndrome “frecuentemente, consultan a múltiples médicos antes de llegar a un diagnóstico definitivo”. “El tiempo medio de diagnóstico es de 4 años, con un rango de 1-15 años. Los médicos visitados antes del diagnóstico oscilan entre 10-30”. “Las lesiones del nervio pudendo ocurren durante el parto o en el estreñimiento crónico severo, y pueden causar trastornos esfinterianos e incontinencia”. La etiología es diversa: profesión o práctica deportiva, trauma, parto vaginal y episiotomía, cirugía pelviana previa, abdominal o vaginal, radioterapia pelviana, defectos congénitos. La forma de diagnóstico por “EcoDoppler de los vasos pelvi-perineales” es “muy novedosa, incruenta, fácil de realizar y poco molesta para el paciente”.

Respecto al caso de doña... señala el informe que, como único antecedente de interés, presenta una “exéresis de glándula de Bartholino izquierda varios años atrás”. En enero de 2011 (seis años después de la cirugía de glándula de Bartholino) “consulta por un nódulo en labio mayor izquierdo doloroso durante la menstruación y a la palpación”. Tras varias consultas y tratamiento conservador, dado que la clínica no cede, “se decide exéresis del nódulo de labio mayor izquierdo, por sospecha de endometriosis vulvar”, indicando el resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica que “el nódulo extirpado es un quiste mucinoso (no se confirma la existencia de endometriosis vulvar)”. No se consigue eliminar el dolor. “Hasta ese momento... no existían datos clínicos que pudieran relacionarse con la existencia de una posible neuropatía del nervio pudendo”.

En una de las consultas a la paciente -sigue el informe- se describe la exploración que se realiza: «Genitales externos con labio menor izquierdo desinsertado en su mitad distal, probablemente en relación con la cirugía previa de exéresis de la glándula de Bartholino. Cicatriz de cirugía bien epitelizada. Bajo la cicatriz se palpa trayecto lineal de unos 4 cm. muy doloroso (su palpación reproduce los síntomas referidos), que parece responder con fibras tendinosas / periostio de la rama ascendente del isquion». “Dado que parece que el dolor es de origen óseo, se solicita una Gammagrafía morfofuncional, cuyos hallazgos sugieren una osteítis de pubis, razón por la cual se solicita valoración por Traumatología”. Ante este diagnóstico se inicia “un tratamiento antibiótico”, que fracasa, “por lo que se opta por un tratamiento quirúrgico, mediante limpieza de sínfisis pubiana y osteosíntesis con placa de reconstrucción e injerto óseo”.

“Tras permanecer un mes en descarga completa de extremidades inferiores... comienza tratamiento en el Servicio de Rehabilitación donde comienzan tratamiento de nervio pudendo”. Paralelamente, “comienza a ser estudiada por el Servicio de Neurología, que solicita ENG del nervio pudendo, EMG de esfínter anal y resonancia magnética lumbro-sacra, siendo diagnosticada de hiperexcitabilidad del nervio pudendo”, lo que se diagnostica once meses después del inicio de los síntomas.

La paciente -prosigue el informe- “comienza a ser tratada mediante terapia intravaginal analgésica y terapia manual, infiltración de rama superficial del pudendo a nivel del periné, infiltración de nervios pudendos en canal de Alcock con trigon + liocaína”. Dado que los tratamientos no surten efecto, la paciente acude a un centro médico de Rehabilitación pelviperineal en Francia, donde tras realización de Doppler de vasos pudendo y examen pélvico diagnostican: “Neuralgia del pudendo izquierdo complicada con importante síndrome miofascial de músculos obturadores internos, agravado por intervenciones quirúrgicas inapropiadas”. En dicho centro le realizan infiltración del nervio pudendo izquierdo con scanner de control y comienza a realizar sesiones de terapia en fisioterapeuta privada y osteópata con clara mejoría. De forma paralela, la paciente requiere la retirada del material de placa en sínfisis pubiana.

A continuación, el informe de... valora si se podría haber diagnosticado antes el cuadro clínico de la paciente, señalando:

1. Enero 2011: La paciente presenta nódulo en vulva. “La presencia de patología orgánica (endometriosis, miomas, fibromas), descarta la presencia de una neuralgia del nervio pudendo”. La causa inicial de la consulta no parece que sea la neuralgia, sino la aparición del nódulo. Como el dolor no cede con analgesia, se decide su extirpación, ya que se sospecha sea “un foco endometriósico vulvar”, lo que no se confirma con la anatomía patológica al diagnosticarse como “quiste mucinoso”. La exéresis del nódulo “fue indicada correctamente” ya que la clínica que presentaba no pudo ser corregida con tratamiento conservador.
2. Mayo 2011: “La paciente vuelve a consultar por dolor en región de la cirugía, coincidente con la menstruación”. En este momento no se presenta ninguna causa orgánica que justifique el dolor. “Existe el antecedente de la cirugía realizada meses atrás que... puede ser la causa originaria de la neuralgia del nervio pudendo, pero... resulta sorprendente por la localización del quiste extirpado, muy superficial, y por el largo tiempo transcurrido desde la cirugía. Además, el dolor descrito no es característico de esta patología, ya

que se acentúa con la menstruación (el dolor del nervio pudiendo es un dolor constante)”. La exploración que presenta en este momento es un tanto confusa. “Es diagnosticada de una osteítis de pubis mediante una técnica de imagen específica, la gammagrafía y se inicia un tratamiento conservador que fracasa, y es intervenida, mediante la realización de una limpieza de sínfisis pubiana y osteosíntesis con placa de reconstrucción e injerto óseo”.

3. Noviembre 2011: En el Servicio de Rehabilitación comienzan tratamiento de nervio pudiendo. Es valorada en el Servicio de Neurología donde tras diversas pruebas diagnósticas se concluye que padece una “hiperexcitabilidad del nervio pudiendo”. La paciente antes de llegar a ser diagnosticada “pasa por otros dos médicos especialistas”, llegándose al diagnóstico, probablemente, “porque la clínica que presentaba en este momento la paciente era mucho más florida”.

Continúa señalando el informe que el diagnóstico de neuralgia del nervio pudiendo es difícil, ya que es una patología poco conocida, se puede manifestar de forma muy variable y requiere algún grado de sospecha clínica. Por ello, se tarda en diagnosticar y, en muchas ocasiones, los pacientes son diagnosticados de patologías diversas antes de llegar al diagnóstico final.

Respecto a la prueba de Doppler de vasos pudendos, se considera que es sencilla de realizar y que facilita el diagnóstico, “pero su indicación se realiza cuando se sospecha de la patología. En el centro francés... se le realizó la prueba porque ya iba diagnosticada previamente... Cuando la sospecha era que padecía una osteítis de pubis, no existía indicación alguna para su realización”.

Concluye el informe que el diagnóstico de osteítis de pubis se realizó “en base a la clínica, compatible con esa patología, y, sobre todo, a las pruebas de imagen (gammagrafía). En ese momento ni los antecedentes quirúrgicos, ni la clínica orientaban al diagnóstico de neuropatía del nervio pudiendo”. El diagnóstico de la neuropatía se realiza a los once meses de iniciada la sintomatología, “que es lo habitual”. La paciente ha seguido una

trayectoria similar a la de todos los pacientes que sufren esta enfermedad “debido a las dificultades que presenta para su diagnóstico, por lo que podemos afirmar que la actuación de los facultativos fue correcta y conforme a la Lex Artis ad hoc”.

Un nuevo dictamen médico emitido por... y suscrito por tres especialistas en traumatología con fecha de 15 de noviembre de 2012, analiza la neuropatía del nervio pudendo, y la osteítis púbica y concluye en el sentido de que “no está acreditado documentalmente que la paciente sufriera un síndrome de compresión del nervio pudendo”. Posiblemente nos encontremos “ante un síndrome miofascial del suelo de la pelvis”, que no tiene una causa orgánica de compresión neurológica real, sino que es de causa funcional. “La situación psicológica de, al menos, estrés, está recogida como factor etiológico importante en el desarrollo del síndrome miofascial. De hecho en el diagnóstico de la clínica francesa, hablan, además del, a nuestro juicio, poco probable compromiso compresivo pudendo, de la existencia de un importante cuadro de contractura de la musculatura del suelo de la pelvis, que es la principal consecuencia del síndrome miofascial del suelo de la pelvis. Para reafirmar esta opinión, en la exploración efectuada el día 30 de mayo de 2011, se recoge documentalmente la existencia de un punto gatillo que desencadena la sintomatología. La existencia de puntos gatillo es patognomónica de los diversos síndromes miofasciales, no existiendo en las patologías compresivas neurológicas”.

De cualquiera de las maneras -sigue este dictamen- el Servicio de Rehabilitación sospecha de la existencia de un síndrome de compresión del nervio pudendo a los tres meses de la aparición de los síntomas dolorosos. “Instauran un correcto tratamiento sin mejoría de la paciente, ni siquiera puntual, lo que afianza nuestra convicción en la inexistencia de compromiso compresivo neurológico”.

Se considera la actuación del Servicio de Traumatología “ajustada a la práctica médica habitual”, no pudiendo deducirse actuaciones médicas contrarias a las consideraciones de la *lex artis ad hoc*.

### ***Trámite de audiencia y alegaciones***

Mediante escrito de 7 de febrero de 2012, la instructora dio trámite de audiencia a la interesada por un periodo de 10 días hábiles, para que pudiera formular nuevas alegaciones y presentar otros documentos y justificaciones que estimase pertinentes, facilitándosele copia de todos los documentos médicos incorporados al procedimiento.

Con fecha de 5 de abril de 2013, doña..., actuando en nombre y representación de doña..., formuló alegaciones señalando que se estaba en desacuerdo con el informe de... y que a su juicio había existido un error de diagnóstico.

### ***Propuesta de resolución***

La propuesta de resolución precedida de un informe jurídico de fecha 5 de mayo de 2016, de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña..., en nombre y representación de doña..., por presuntos daños y perjuicios relacionados con la asistencia sanitaria prestada a esta última, considerando, conforme a los dictámenes emitidos por..., que las actuaciones médicas de los facultativos fueron correctas y adecuadas a la “lex artis ad hoc”.

## **II. CONSIDERACIONES JURIDICAS**

### **II.1<sup>a</sup>. Carácter preceptivo del dictamen**

La consulta que se nos efectúa versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, formulada por doña..., en nombre y representación de doña..., por los daños y perjuicios derivados de asistencia sanitaria, solicitando una indemnización de 600.769,15 euros.

El artículo 16.1.i) de la LFCN, vigente en el momento de realizarse la petición de dictamen, ordenaba que se consultara al Consejo de Navarra en los expedientes administrativos tramitados por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en los que la ley exija el dictamen de un órgano consultivo, que se refieran, entre otras, a “reclamaciones de

indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a veinte millones de pesetas” (120.202.42 €).

En consecuencia, el presente dictamen se emite con carácter preceptivo en cumplimiento de lo establecido en el artículo 16.1.i) de la LFCN, precepto aplicable por razones temporales, ante la ausencia de previsiones específicas en la recientemente aprobada Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra, con entrada en vigor el 16 de junio de 2016, sobre los procedimientos ya iniciados, por extensión analógica de lo establecido en la disposición transitoria segunda de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y la disposición transitoria segunda de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), aplicable a este caso.

Por su parte, el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP), dispone en su artículo 12.1 que, cuando sea preceptivo a tenor de lo establecido en la Ley Orgánica del Consejo de Estado, se recabe el dictamen de este órgano consultivo o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, remitiéndole todo lo actuado en el procedimiento, así como una propuesta de resolución. El apartado 2 de dicho precepto reglamentario añade que “se solicitará que el dictamen se pronuncie sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común...”

En consecuencia, de acuerdo con los preceptos citados, este Consejo emite dictamen preceptivo al versar la consulta sobre una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 €.

## **II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento**

La LFACFN regula en sus artículos 80 y siguientes el procedimiento en materia de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, solicitud de otros informes necesarios, audiencia de los interesados, dictamen del Consejo de Navarra cuando sea preceptivo, propuesta de resolución y por último, resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación (artículo 82).

Por otro lado, la determinación del órgano competente para dictar la resolución se atribuye en el artículo 116 de la LFACFN, en los supuestos derivados de responsabilidad patrimonial, al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención prestada al reclamante, obrando en el mismo su historial clínico, los informes emitidos por los distintos servicios médicos, así como los informes médico periciales emitidos por... y suscritos por especialistas en obstetricia y ginecología, y en traumatología, en relación con los hechos objeto de la reclamación. Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de los informes obrantes en el expediente y acceso al historial médico, presentada la interesada las alegaciones que ha considerado oportunas, todo ello previo a la formulación de la propuesta de resolución.

Finalmente, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la LFCN, se ha dado audiencia a la interesada, recibándose por correo electrónico en este Consejo, en el plazo concedido al efecto, un escrito de alegaciones de doña... dirigido al Servicio Navarro de Salud, Secretaría General Técnica, al que no une documento alguno y donde relata una serie de gastos médicos y de desplazamientos a Francia durante los años 2012 a 2015, insiste en sus consideraciones anteriores y solicita al Consejo de Navarra que “acuerde de conformidad con lo solicitado”.



Con base en todo ello, consideramos que se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable, por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

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

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra, en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que ha sido parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero (en adelante, LRJ-PAC), y en el RPRP. Su aplicación deviene obligada al caso presente por tratarse de un procedimiento ya iniciado antes de la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en virtud de lo señalado en su disposición transitoria tercera.

El punto de partida lo constituye 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”.

El daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 139.2). Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (artículo 141.1 de la LRJ-PAC). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el

mercado (artículo 141.2 de la LRJ-PAC). El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 142.5 de la LRJ-PAC).

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la 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 causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

Por su parte, el artículo 77.1 de la LFACFN, dispone que, mediante el procedimiento establecido en la misma, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá reconocer el derecho a indemnización de los particulares por las lesiones que sufran en cualesquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

#### **II.4ª En particular, la antijuridicidad del daño y el cumplimiento de la lex artis**

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 solo 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 cuál 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 médica 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 solo 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 responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la necesidad 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.

En el presente caso, la reclamante considera que la asistencia médica recibida ha sido inadecuada y ha sido la causa por la que ha tenido que recibir la asistencia adecuada fuera de España, por la poca seguridad en el diagnóstico y en el tratamiento propuesto. Considera que no se han aplicado los medios adecuados ni se le ha tratado con la diligencia y presteza debidas, toda vez que con la técnica “ECO DOPPLER” se podía haber visto que el nervio pudendo estaba afectado.

A juicio de la Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, el caso de la reclamante es “complejo, tanto por lo infrecuente como por la edad de la paciente y la ausencia de patologías previas que puedan producir el atrapamiento del nervio pudendo que al parecer padece”, no aplicándose en

nuestro medio el Eco Doppler para su diagnóstico, “a pesar de lo cual se hizo tratamiento empírico de un posible atrapamiento sin resultado satisfactorio”.

Conforme al informe emitido por... y suscrito por los especialistas en obstetricia y ginecología, la neuralgia del pudendo o síndrome de atrapamiento del nervio pudendo es una patología “poco conocida y por ello poco diagnosticada”, consultando los pacientes a múltiples médicos antes de ser diagnosticados. “El tiempo medio de diagnóstico es de 4 años”, siendo la forma de diagnóstico por EcoDoppler “muy novedosa”.

A juicio de ese dictamen, la exéresis del nódulo de labio mayor izquierdo por sospecha de endometriosis vulvar, realizada inicialmente “fue indicada correctamente” ya que la clínica que presentaba no pudo ser corregida con tratamiento conservador, no existiendo “datos clínicos que pudieran relacionarse con la existencia de una posible neuropatía del nervio pudendo”.

En mayo de 2011, sigue el mismo informe médico, presenta un dolor que parece de origen óseo y es diagnosticada de una osteítis de pubis mediante gammagrafía. Al fracasar el tratamiento antibiótico se opta por un tratamiento quirúrgico, “mediante limpieza de sínfisis pubiana y osteosíntesis con placa de reconstrucción e injerto óseo”.

Tras permanecer un mes en descarga completa de extremidades inferiores, comienza el tratamiento rehabilitador, en cuyo Servicio se inicia el tratamiento del nervio pudendo. Paralelamente, continúa el dictamen, “comienza a ser estudiada por el Servicio de Neurología, que solicita ENG del nervio pudendo, EMG de esfínter anal y resonancia magnética lumbo-sacra, siendo diagnosticada de hipersensibilidad del nervio pudendo”. Este diagnóstico se produce a los once meses después del inicio de los síntomas y la paciente comienza a ser tratada “mediante terapia intravaginal analgésica y terapia manual, infiltración de rama superficial del pudendo a nivel del periné, infiltración de nervios pudendos en canal de Alcock”.

La paciente –prosigue el dictamen- acude a un centro de rehabilitación pelvipерineal en Francia donde, tras la realización de Doppler de vasos

podendo, le diagnostican de “neuralgia del pudendo izquierdo”. Allí le realizan infiltración del nervio pudendo izquierdo con scanner de control y comienza a realizar sesiones de terapia en fisioterapeuta privada y osteópata con clara mejoría. A juicio del informe de..., en este centro se le realiza la prueba de Doppler porque ya iba diagnosticada previamente. Con anterioridad, cuando la sospecha era de osteítis de pubis, “no existía indicación alguna para su realización”.

Termina señalando que la actuación de los facultativos fue correcta y conforme a la *lex artis ad hoc*.

En el informe de..., suscrito por especialistas en traumatología, se considera que no está acreditado que la paciente sufriera un “síndrome de compresión del nervio pudendo”, sino que posiblemente nos encontremos ante un “síndrome miofascial del suelo de la pelvis”, de causa funcional. En todo caso, el Servicio de Rehabilitación sospecha de la existencia del síndrome de compresión del nervio pudendo a los tres meses de la aparición de los síntomas dolorosos e “instauran un correcto tratamiento sin mejoría de la paciente, ni siquiera puntual, lo que afianza nuestra convicción en la inexistencia de compromiso compresivo neurológico”. Entiende, también, que las actuaciones médicas no han sido contrarias a la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo ello, no puede decirse que no se emplearan con la paciente medios adecuados, ni que no se le tratara con la debida diligencia. Terminó siendo diagnosticada y tratada del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo, debiendo tenerse en cuenta que de conformidad con los dictámenes obrantes en el expediente, se trata de una patología poco conocida y raramente diagnosticada, siendo todas las actuaciones realizadas con carácter previo adecuadas a la sintomatología que presentaba la paciente y no pudiendo desconocerse que el tiempo medio de diagnóstico es de 4 años.

Ciertamente que el tratamiento que se lleva a cabo por la hiperexcitabilidad del nervio pudendo no surte el efecto deseado, acudiendo la paciente a un centro francés de rehabilitación pelvipereineal, donde le realizan infiltración del nervio pudendo izquierdo con scanner de control y

comienza con sesiones de terapia en fisioterapeuta privada y osteópata con clara mejoría, pero de ello no puede derivarse que la actuación de los servicios sanitarios fuera inadecuada, o que no se hubiera obtenido un resultado similar de continuarse con la atención ofrecida por los mismos.

Debe significarse, en todo caso, que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 13 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de Derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, “en el sistema sanitario de Navarra, toda persona tiene derecho a recibir la atención sanitaria en un tiempo adecuado”, lo que ha de ser interpretado en el sentido de que el paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc* y no a obtener un resultado curativo determinado toda vez que, como hemos expuesto, la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, lo que no supone la existencia de un diagnóstico cierto y rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria sin esperas.

Pues bien, de lo actuado no puede desprenderse que la prestación de los servicios sanitarios se realizara de manera no acorde a la *lex artis* o que se produjera una deficiente atención a la paciente.

Consecuentemente, y a falta de cualquier otra prueba, la reclamación debe ser desestimada.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que debe desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos formulada por doña..., en nombre y representación de doña....

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.