

Expediente: 18/2017

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

Dictamen: 26/2017, 20 de junio de 2017

DICTAMEN

En Pamplona, a 20 de junio de 2017,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; doña Socorro Sotés Ruiz, Consejera-Secretaria; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein, Consejera y Consejero,

siendo ponente doña M^a Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad de los asistentes el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1^a. Consulta

El día 20 de abril de 2017 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra, se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por don..., en representación de don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 368E/2017, de 6 de abril, del Consejero de Salud.

A la petición se acompaña 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 368E/2017, de 6 de abril,

del Consejero de Salud, en la que se ordena la solicitud del dictamen preceptivo de este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Don..., en nombre y representación de don..., mediante escrito fechado el 24 de septiembre de 2015, presentó ante el Departamento de Salud una reclamación responsabilidad patrimonial por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que causaron al reclamante un “déficit sensitivo y motor en la extremidad inferior derecha”, como consecuencia de la anestesia raquídea aplicada en la cirugía de “prótesis total del rodilla en la extremidad izquierda”.

Alega que, en el año 2014, comenzó a sufrir dolores en la rodilla izquierda, fue remitido a la Unidad de Rodilla del Servicio de Traumatología del..., a la...; y, tras la realización de las pruebas correspondientes de radiografía y RMN, se le indicó la colocación de una “prótesis total de rodilla izquierda”.

El 25 de septiembre de 2014 se le ingresó en la Clínica... para realizarle la intervención. Durante la aplicación de la anestesia raquídea el reclamante “se quejó de un insoportable dolor en la espalda, a pesar de lo cual el anestesista continuó con la técnica anestésica”.

Continúa el escrito con la descripción sobre la técnica de la anestesia raquídea y los hechos subsiguientes relativos a la “Artroplastia total de rodilla izquierda con Prótesis total tipo Optetrak Logic” y alta del Servicio de Traumatología del 10 de octubre de 2014.

Se afirma que tras la cirugía el paciente salió con “déficit motor y sensitivo” en la pierna derecha, pierna contraria a la que había sido intervenida, a nivel L3-L4, así como que no tenía ni fuerza ni sensibilidad en ella y no podía realizar su flexión ni extensión voluntaria. No se le ofreció explicación sobre ello por el equipo médico de traumatología ni del de anestesia, oponiéndose los familiares a que le dieran el alta dado que no

podía caminar. Se le prolongó el ingreso y se le diagnosticó “cruralgia derecha vs posible tendinopatía aguda de abductores”.

En atención a la sintomatología de la pierna derecha en el nivel de las raíces nerviosas L3-L4, se le remitió a la Unidad de Raquis del Servicio de Traumatología. Con fecha 24 de marzo de 2015, se solicitó desde ese servicio “una RMN lumbar y un electromiograma (EMG)” con diagnóstico de “radiculopatía L3-L4 con signos de reinervación”.

Se indica que la Unidad de Raquis del Servicio de Traumatología señaló que “tenía dañadas las raíces nerviosas L3 y L4 y esto era lo que le provocaba el déficit motor y sensitivo de la pierna derecha”; indicándose que es una lesión nerviosa en la misma zona de la espalda en la que se había aplicado la anestesia y la lesión apareció súbitamente tras ésta, previa a la operación de rodilla.

También refiere que reclamó por la no realización del EMG el 20 de mayo de 2015, que le prescribieron 25 días de rehabilitación, que mejora levemente la situación de la pierna, y que la ulterior petición de más rehabilitación se le ha denegado.

Termina con la afirmación de que el déficit motor y sensitivo a nivel L3-L4 en su pierna derecha es consecuencia de una lesión nerviosa que se le provocó durante la anestesia raquídea, practicada durante la cirugía de prótesis de rodilla izquierda, afectándole a su estabilidad y capacidad para caminar; y que ello le ha ocasionado la incapacidad para seguir desarrollando su trabajo de carnicero.

El escrito concluye con la referencia a la competencia y normas que resultan de aplicación, solicitando una indemnización por los daños y perjuicios sufridos de 200.000 euros.

Iniciación del procedimiento

Por Resolución 8/2015, de 1 de octubre, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial,

asignándole el número de expediente 19194/2015; 2º) nombrar instructora del procedimiento; 3º) informar al interesado de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) señalar el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, dentro de los seis meses siguientes al 24 de septiembre de 2015, además de los efectos de silencio administrativo negativo e inicio del plazo para la interposición del recurso contencioso-administrativo; y 5º) dar traslado de la resolución a la instructora del procedimiento y su notificación al reclamante.

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, la instructora del procedimiento solicitó al Director Gerente del... una copia de la historia clínica completa de don..., relacionada con el déficit sensitivo y motor en la extremidad inferior derecha; al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de Rodilla II del... del Servicio Navarro de Salud, copia de la historia clínica relacionada con “dolor e impotencia en la extremidad colateral (pierna derecha), tras la artroplastia total de rodilla izquierda con prótesis total tipo Optetrk Logic; y al Jefe del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor del..., informe sobre los hechos alegados en la reclamación que facilite la correcta valoración pericial del caso sobre la aplicación de la anestesia, su relación con los daños aducidos por el recurrente e interferencia de aquella con la hernia discal detectada al paciente.

De la documentación clínica aportada cabe destacar, a los efectos de este dictamen, como más relevantes y significativos los siguientes hechos:

1.- Don..., de 62 años y de profesión carnicero, comenzó a padecer dolor en la rodilla izquierda de varios meses de evolución, siendo remitido a la Unidad de Rodilla del Servicio de Traumatología del... Fue valorado y se le indicó cirugía para la colocación de una prótesis total de rodilla izquierda, intervención que se le realizó el día 25 de septiembre de 2014.

2.- En la historia clínica se señala que la intervención fue normal hasta el 29 de septiembre de 2014; fecha en la que se apuntó que «notó al

incorporarse e iniciar la deambulaci3n, un "latigazo" por la cara anterior del muslo, contralateral al intervenido. El dolor ha disminuido pero nota la pierna "como muerta", que "no le responde" e imposibilidad para la deambulaci3n. EF: Ausencia de dolor lumbar a la palpaci3n».

En la exploraci3n del 7 de octubre de 2014 se indica: "la rodilla izquierda estable, dolor controlado y herida bien. Respecto a la extremidad inferior derecha que presenta d3ficit de grupo muscular crural con potencia 3/5. Niega dolor en la extremidad, seal3ndose nueva valoraci3n por parte de la Unidad de Raquis".

En la exploraci3n del d3a 9 de octubre de 2014 se seala que se aprecia muy buena evoluci3n de la rodilla operada y la contralateral va ganando fuerza. Se refiere que: "est3 pendiente de RM, pero debe pasar al menos 1 mes desde la pr3tesis. Seg3n indicaci3n de unidad de raquis, ser3a conveniente seguir en RHB. La familia quiere salir con todo arreglado".

Tambi3n consta que la evoluci3n de "la PTR durante el ingreso es normal, con buena movilidad y correcto cierre de herida", que es dado de alta el 10 de octubre de 2014, y que se sigue rehabilitaci3n para las dos patolog3as.

3.- Con fecha 4 noviembre 2014 se le practica la resonancia magn3tica, que fue solicitada el 7 de octubre de 2014, cuya conclusi3n es la siguiente: "extrusi3n discal L3-L4 con migraci3n superior que comprime la ra3z L3 derecha y la cara anterolateral derecha del saco dural (contacta con ra3z L4 de ese mismo lado). Hernia discal posterocentral derecha L4-L5 que contacta con la ra3z L5 derecha. Importantes cambios degenerativos con repercusi3n variable sobre el canal que se detalla en la descripci3n de este estudio".

4.- Consta tambi3n, como antecedentes m3dicos previos, que en el a3o 2010 fue atendido por los Servicios de Rehabilitaci3n y Traumatolog3a por un episodio de lumboci3tica derecha, con una RM lumbar en la que ya se objetivaban protrusiones discales a nivel L2-L3, L3-L4, y a nivel L4-L5 una hernia discal foraminal derecha que compromet3a la ra3z L4 en su

emergencia foraminal, y un fragmento discal extruído superiormente en el receso lateral de esta raíz. El recurrente en ese momento recurrió a la... para ser tratado de dicha patología con tres bloqueos epidurales.

5.- En diciembre de 2014 se inician sesiones de rehabilitación, que finalizan el 9 de marzo de 2015.

6.- El 16 de diciembre de 2014, en la exploración de Neurofisiología se le realiza un electromiograma cuya conclusión es la siguiente: "conducción periférica estudiada dentro de límites normales. En el EMG, en el momento actual, se registra actividad espontánea de denervación, aunque de forma ligera, en musculatura compatible con raíz L3-L4 derecha, con presencia de potenciales sugestivos de reinervación en curso a nivel de músculo abductores del muslo, aunque no a nivel de vasto interno derecho en el momento actual".

7.- Tras diversas visitas al servicio de Traumatología, y finalizada la rehabilitación, por el señor... se indica que refiere mejoría de la parestesia en la pierna derecha, deambulando sin apoyos externos ni sensación de dolor en el mes de mayo de 2015.

8.- El señor... se encuentra en situación de incapacidad laboral transitoria y tras agotar el plazo de un año, se le concedió prórroga hasta el 10 noviembre de 2015 y cita para al próximo reconocimiento médico. Se aporta Resolución del INSS acreditativa de este extremo.

Informes

A solicitud de la instructora del procedimiento emite informe el Jefe de la Sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología de Rodilla II del...

Del mismo cabe destacar, entre otras cuestiones, que tras aconsejarle el 10 de junio de 2014 una artroplastia total de rodilla izquierda y explicarle sus riesgos y beneficios, firmando los consentimientos específicos, se le practicó dicha cirugía el 25 de septiembre de 2014. Señala expresamente que:

“En el protocolo del procedimiento anestésico consta que dicha anestesia transcurre sin incidencias intraoperatorias y consiste en la administración de anestesia raquídea con bupivacaína y morfina intratecal así como un bloqueo femoral izdo con levobupicaína y dexametasona.

Al día siguiente de la intervención (26/09/2014), en el pase rutinario de visita, se constata que el paciente no tiene ningún déficit sensitivo ni motor distal (así aparece reflejado en la historia clínica).

El paciente sigue una evolución normal hasta el día 29/09/2014 (4 días después de la cirugía) en que el Dr..., médico encargado de la planta de hospitalización ese día, es requerido para valorar a este paciente porque, según refiere, (y así aparece en la historia clínica), al incorporarse para iniciar la deambulación, nota un «latigazo» por la cara anterior del muslo contralateral (el no intervenido), con gran impotencia funcional y pérdida de fuerza para la extensión de la rodilla”.

El informe recoge lo indicado en la historia clínica:

“Refiere que ha notado un chasquido y se le ha bloqueado la rodilla no operada. Exploración poco llamativa. Flexoextensión pasiva de rodilla posible sin bloqueos y también activa. Le cuesta extender pero puede. No inflamación ni defectos en tendones del aparato extensor. Movilidad de cadera discretamente dolorosa. Dificultad para flexión de cadera con dolor en recto anterior. Rx: gonartrosis de predominio interno sin otras alteraciones ni en rodilla ni cadera.

Plan: actividad que pueda realizar y ver evolución.

Se solicita valoración por la Unidad de raquis, durante el ingreso, que realiza nueva anamnesis y exploración. En la Historia Clínica se refiere que el paciente “notó un tirón, oyó un chasquido hace 3 días.

La exploración física en ese momento es la siguiente:

- Deambulación posible.

Lassegue negativo bilateral. Lasegue invertido derecho negativo.

ROT rotuliano derecho no obtengo.

Psoas 5/5. Cuadriceps derecho 3+/5. Adductores 3+/5.

Tibial anterior, Ext hallux y Trícpes Sural 5/5.

Parestesias por cara medial de muslo derecho principalmente que se extienden a cara medial de pierna en menor intensidad.

Pulsos palpables. Buen relleno distal.

PLAN: Solicito RMN lumbar para descartar patología raquídea.

Pauto Lyrica 75 0-0-1.

Le explico posibilidades diagnósticas y pronóstico (a priori favorable, ya que él mismo nota ligero aumento de fuerza con los días, y menos parestesias)".

Se le diagnostica una paresia crural DCHA.

También se alude a que le explican, a él y a la familia, que el origen del dolor y la paresia pueden ser provocados por una hernia discal, advirtiéndole que "desconfían desde el principio porque lo achacan al acto quirúrgico, a pesar de que los primeros tres días tras el mismo estuvo completamente asintomático".

Se señala que la "evolución de la PTR durante el ingreso es normal, con buena movilidad y correcto cierre de la herida. Es valorado así mismo durante su ingreso por el servicio de Rehabilitación, donde sigue tratamiento para las dos patologías que presenta (postoperatorio de PTR dcha y paresia de nervio crural DCHO)... Es dado de alta el 10/10/2014, con la PTR izda evolucionando correctamente, deambulando, aunque con dificultad, (necesita ayudas externas), con buena movilidad de la rodilla intervenida, con la paresia crural DCHA mejorando y con la cita de la RM organizada para el 4/11/2014".

Se señala también que tras el alta sigue acudiendo diariamente de manera ambulatoria y en ambulancia al Servicio de Rehabilitación.

El informe destaca que "en la RM realizada el 4/11/2014, (el servicio de Radiología desaconsejó realizarla antes de un mes tras la cirugía por riesgo para el implante de rodilla), se confirma la sospecha: extrusión discal L3/L4 con migración superior que comprime la raíz L3 dcha y la cara anterolateral dcha del saco dural (contacta con la raíz L4 de ese lado). Hernia discal posterocentral derecha L4- L5 que contacta con la raíz L5 derecha".

También se hace constar que cuenta con "importantes cambios degenerativos con repercusión variable sobre el canal". Se realiza también estudio EMG (el 16/12/2014), congruente con la lesión sospechada y que mostraba signos de recuperación.

Por lo que se refiere a la exploración física recogida en la consulta de la Unidad de Raquis, en junio de 2015, se constata:

“EID: balance muscular psoas, gluteo mayor, abductores a 5. Cuadriceps a 4 +. Isquiotibiales a 5. Gluteo medio a 4+.

EMG: 2/11/2015: Conducción periférica estudiada dentro de límites normales. En el EMG se registra actividad espontánea de denervación en menor grado (de forma discreta) a nivel de músculo cuádriceps derecho.

No se objetiva clara actividad reinervativa en el momento actual. Se registra discreta actividad espontánea de denervación a nivel de músculo vasto interno derecho.

- Los PUMs obtenidos presentan amplitud ligeramente aumentada a nivel de músculo vasto interno y tibial anterior derecho.

- Trazado intermedio interferencial al máximo esfuerzo a nivel de músculo vasto interno y adductores del muslo derecho.

Pendiente de revisión en Unidad de Raquis”.

En el informe se destaca, respecto de la evolución, que:

“El paciente se ha ido recuperando a lo largo de este año y medio y camina sin claudicación ni ayudas externas.

La movilidad de la rodilla intervenida es satisfactoria, con 110 grados de flexión y extensión completa. Es estable tanto en flexión como en extensión y no muestra signos radiológicos ni analíticos de aflojamiento ni de infección, si bien el paciente viene refiriendo dolor anteroexterno en los últimos meses, en la sedestación y al bajar cuestas y escaleras, compatible con posible afectación rotuliana, por lo que se ha remitido de nuevo al Servicio de Rehabilitación.

Respecto a la cruralgia derecha, el paciente ya no tiene dolor y se encuentra subjetivamente con mayor fuerza en la pierna dcha”.

Igualmente, se señala expresamente que la información obtenida de la Historia Clínica contradice los hechos alegados por la representación letrada de don..., para fundamentar su reclamación de responsabilidad patrimonial contra la Administración Sanitaria de Navarra, Servicio Navarro de Salud– Osasunbidea. Formulándose las siguientes conclusiones:

«1. En ningún momento hay referencia en la Historia Clínica que durante la aplicación de la anestesia el paciente refiriera ningún “DOLOR INSOPORTABLE (como se afirma en el SEGUNDO HECHO)”.

2. No es cierto que el paciente “saliera del quirófano con déficit motor y sensitivo en la pierna derecha, pierna contraria a la que había sido intervenida “, como se afirma en el “TERCER HECHO”.

Efectivamente el paciente salió del quirófano con la anestesia de las extremidades inferiores y el bloqueo femoral o crural en la pierna DCHA (intervenida), circunstancia que es deseable en este tipo de procedimientos para evitar el dolor en las horas siguientes a la cirugía. Al día siguiente de ésta, se comprobó, y así queda reflejado en la Historia Clínica, que NO EXISTIA DEFICIT SENSITIVO MOTOR DISTAL (es decir, en las extremidades inferiores)

3. No es cierto tampoco que, como se refiere en dicho “TERCER HECHO”, que “desde el equipo médico de Traumatología ni del de anestesia no se le diera explicación alguna ni al paciente ni a sus familiares acerca de lo que le ocurría en la pierna dcha”.

Por el contrario, EN TODO MOMENTO SE LE FUE INFORMANDO de la situación diagnóstica y de su evolución, si bien no se dio un diagnóstico inmediato, como ocurre en muchas patologías, pues precisan de cierta evolución (ver cómo van evolucionando los síntomas en el tiempo, así como la exploración) y de ciertas exploraciones complementarias (RM Y EMG). En este caso, la RM no se realizó hasta el 4/11/2014, por indicación expresa del servicio de radiología debido a las consecuencias negativas que podrían tener para el implante protésico si se realizara antes de un mes. (Riesgo de movilización del implante).

4. No es cierto, como se recoge en el HECHO “CUARTO”, que se le solicitara desde la Unidad de Raquis una RM y un EMG con fecha del 24/03/2015. Dichas pruebas fueron solicitadas, la RM, DURANTE SU INGRESO, y el ENG en la primera consulta ambulatoria en Unidad de Raquis (13/11//2014 y se realizaron el 4/11/2014 la RM y el 16/12/2014 el ENG. No es cierto, por tanto, que el paciente estuviera dos meses en lista de espera para la realización del ENG, al menos no el primer ENG (luego hubo otro para control evolutivo de la lesión).

5. No es cierto que, como se refiere en el SEXTO “HECHO”, se le “provocase a D... un déficit motor y sensitivo a nivel de L3-L4 en su pierna dcha, como consecuencia de una lesión nerviosa provocada durante la anestesia raquídea practicada durante la cirugía de la prótesis de rodilla izquierda”.

Hay constancia en la Historia Clínica de que el paciente presentaba, tanto al día siguiente de la intervención, como en los siguientes días, una buena movilidad y sensibilidad de las extremidades inferiores, hasta EL DIA 29 DE SEPTIEMBRE, en que, como relató el paciente, al ir a incorporarse, NOTO UN TIRON Y OYO UN CHASQUIDO y en ese momento comenzaron los síntomas, no al salir de la intervención, es

decir, exactamente, AL CUARTO DIA DE LA MISMA , entre las 9:45 en que la Dra... pasó la visita y las 14:31 en que avisaron al Dr... para que lo valorase por la aparición súbita de los síntomas antes descritos.

6. También hay constancia en la Historia Clínica, que el paciente YA HABIA PRESENTADO SINTOMAS PARECIDOS EN OTRAS OCASIONES, aunque no tan intensos ni incapacitantes. Consta en la Historia Clínica una valoración por los servicios de Rehabilitación y Traumatología en 2010 por un episodio de LUMBOCIATICA DCHA y existe una RM lumbar en la que ya se objetivaban protrusiones discales a nivel L2-L3;L3-L4 y a nivel L4-L5 UNA HERNIA DISCAL FORAMINAL DCHA QUE COMPROMETIA LA RAÍZ L4 EN SU EMERGENCIA FORAMINAL Y UN FRAGMENTO DISCAL EXTRUÍDO SUPERIORMENTE EN EL RECESO LATERAL DE ESTA RAÍZ.

En aquella ocasión, el paciente recurrió finalmente a la... para ser tratado de dicha patología con tres bloqueos epidurales.

Por lo tanto, la hernia discal causante de la cruralgia /paresia crural que aconteció al CUARTO DIA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA, YA EXISTIA EN 2010».

Por su parte, el informe emitido por el Jefe del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor del..., advierte que las zonas corporales en las que le fue aplicada la anestesia fueron “la zona lumbar (aunque no se especifica en la historia será casi con toda seguridad la zona L3-L4) en la anestesia suaracnoidea”, y “la cara anterior del muslo junto a la ingle en el bloqueo del nervio femoral izquierdo”.

Indica que los síntomas que aquejó “don... tras la intervención quirúrgica en la pierna contralateral a la operada no son consecuencia de la anestesia practicada”. También opina “que la anestesia practicada no interfirió en modo alguno en la evolución de la hernia discal que padecía el paciente y a la que se hacía referencia en la resonancia magnética de fecha 17/11/2014”.

Concluye el informe con las siguientes puntualizaciones:

“- No aparece en la Historia clínica dato alguno de que durante la realización de la anestesia y la cirugía acaeciese ningún suceso anormal.

- Asimismo tampoco aparece reflejado en el postoperatorio inmediato ninguna anotación de que el enfermo sufriese problema alguno en la pierna no operada.

- La primera anotación de que hubiese algún problema en la pierna no operada se da el día 29 de septiembre (fue intervenido el 25 de septiembre): refiere que ha notado un chasquido y se le ha bloqueado la rodilla no operada”.

Dictamen médico

Consta en el expediente el informe pericial emitido por... (en adelante, ...).

La pericial, de fecha 21 de octubre de 2016, suscrita por el doctor..., especialista en Anestesiología y Reanimación, Licenciado en Medicina y Cirugía, efectúa un resumen detallado de la historia clínica, realiza diversas consideraciones médicas relativas al caso y analiza la práctica médica que se siguió con don...

En el informe se describen los hechos antes referidos sobre la consecución de los acontecimientos, intervención realizada, pruebas diagnósticas de la RNM, de 4 de noviembre de 2014, y EMG, con el diagnóstico emitido.

Se hace expresa referencia al hecho de que, con carácter previo a la intervención, “fecha 21 de Octubre de 2010, acudió por dolor lumbar que se irradia a miembro inferior derecho, siendo diagnosticado de lumbociática derecha y siendo derivado en consulta preferente a unidad de raquis”; así como que “presenta informe de urgencias a fecha 29 de marzo de 2010 donde acude y es diagnosticado de ciática L5 rebelde a tratamiento convencional, presentando en la radiografía de columna listesis L5-S1 y osteofitos L2-L3”, reseñando que conforme al informe del 31 de octubre de 2010 del Servicio de Rehabilitación..., al reclamante se le reagudizó su dolor siendo valorado en urgencias y rechazando el ingreso, y que “decidió acudir ese mismo día a la... donde se realiza RNM e ingresa en la Unidad del Dolor iniciando tratamiento con bomba de morfina y posteriormente realizando tres bloqueos epidurales con separación de una semana”.

Se indica, igualmente, que “según el TAC de columna lumbosacra a fecha 21 de abril de 2016 el paciente presenta acusada discopatía crónica L4-L5, con notable protrusión discal circunferencial, que entra en contacto

con el trayecto extraforaminal de la raíz L4 derecha y con las emergencias radicales LS, presentando también artrosis facetaria L4-L5 derecha”; y que conforme a “la RNM a fecha 21 de abril de 2016 el paciente presenta múltiples imágenes de compresión del estuche dural en el contexto de discopatía degenerativa, especialmente L4 y LS donde se demuestra una hernia discal foraminal derecha con un pequeño fragmento discal extruido en la región preforaminal que migra superiormente en el receso lateral L4 derecho”.

En cuanto al análisis de la práctica médica de la anestesia aplicada se afirma que fue correcta “ya que fue eficaz durante la intervención y en las horas posteriores a la misma. En ningún momento la historia recoge la existencia de parestesias o sensación dolorosa durante la punción espinal”.

También se insiste en que el seguimiento del paciente tras la intervención fue exhaustivo, lo cual es fundamental para el diagnóstico precoz de este tipo de complicaciones, y en que “al día siguiente tras la intervención, día 26 de septiembre de 2014, en el pase rutinario de visita, se constata que el paciente no tiene ningún déficit sensitivo ni motor distal, como aparece reflejado en la historia clínica”.

El perito recalca que hasta el día 29 de septiembre de 2014 el paciente no señala “que ha notado un chasquido y se le ha bloqueado la rodilla no operada”. Se le realizan la RNM el 4 de noviembre de 2014, que confirma una extrusión discal L3/L4 con migración superior que comprime la raíz L3 derecha y la cara anterolateral derecha del saco dural, y una hernia discal posterolateral derecha L4-L5 que contacta con la raíz LS derecha, así como que el estudio EMG es congruente con la lesión observada en la RNM posterior.

Igualmente, se hace eco de las patologías previas que presentaba desde octubre de año 2010, de lumbociática derecha y ciática LS rebelde a tratamiento convencional, por listesis LS-SI y osteofitos L2-L3; “cambios crónicos y degenerativos que podrían justificar la clínica de la paciente y no son compatibles con una lesión secundaria al proceso de la anestesia espinal”.

A tenor de todo ello se concluye que:

“- La anestesia regional para cirugía de extremidad inferior es un proceso seguro y de utilización generalizada.

- Las principales causas de lesiones medulares tras anestesia espinal son el traumatismo directo o hematomas epidurales.

- Debemos reseñar que en ningún momento la historia recoge la existencia de parestesias o sensación dolorosa durante la punción espinal. En el caso que nos ocupa la punción lumbar se realizó casi con total seguridad a nivel de la tercera y cuarta vértebra lumbar (L3-L4) y con bupivacaína, siendo una técnica totalmente correcta al ser efectiva durante y tras la intervención.

- El seguimiento del paciente tras la intervención fue exhaustivo. De esta forma el día siguiente tras la intervención se constata que el paciente no tiene ningún déficit sensitivo ni motor distal.

- En el cuarto día de postoperatorio el paciente “refiere que ha notado un chasquido y se le ha bloqueado la rodilla no operada”, es explorado y se solicita valoración por la Unidad del raquis, solicitándose RMN lumbar que confirma una extrusión discal L3/L4.

- Tanto la RNM como el estudio neurofisiológico posteriores a la intervención señalan la existencia de cambios crónicos y degenerativos que justifican la clínica de la paciente y que en ningún caso pueden ser son compatibles con una lesión secundaria a una anestesia espinal”.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante oficio de fecha 3 de noviembre de 2016, la instructora del procedimiento dio trámite de audiencia al interesado por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, de otros documentos y de las justificaciones que estimara pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de la historia clínica, y los informes médicos emitidos por el Jefe de Sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología de Rodilla II del..., y del Jefe del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor del..., así como el informe médico pericial de...

Por escrito de 18 de noviembre de 2016, la representación letrada del reclamante presentó alegaciones solicitando que se aportara el historial médico original íntegro y completo del... desde septiembre de 2015 hasta la actualidad, aduciendo que don... se ha sometido a una nueva cirugía de

rodilla izquierda por no estar correctamente colocada la prótesis de rodilla y que, como consecuencia de ello, ha sufrido una infección nosocomial.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por don..., en nombre y representación de don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Tras referir los antecedentes de hecho, su fundamentación analiza la concurrencia de los requisitos necesarios para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración y reitera la doctrina sobre el cumplimiento de la “lex artis” en la determinación de una actuación médica correcta. Analiza las afirmaciones efectuadas por la parte reclamante sobre la producción de los daños, que se dice fueron causados por la aplicación de la anestesia en la cirugía de la rodilla izquierda; y, en atención a los informes obrantes en el expediente, concluye que no existe nexo causal entre la aplicación de aquella y la parestesia/cruralgia generada en la pierna derecha.

Se justifica que no se le hubiera dado traslado del expediente a la fecha de presentación del escrito del reclamante de 23 de septiembre de 2015, ya que en ese momento no se había finalizado la instrucción del expediente, por lo que no procedía ofrecer trámite de audiencia al interesado, como sí se hizo a su finalización.

Se deniega la pertinencia de aportar al expediente la documentación solicitada, ya que el objeto de la reclamación es la “cruralgia ocasionada en la pierna derecha, y no la supuestamente incorrecta colocación de la prótesis ni la posible infección que pudiera haberse generado al ser intervenida quirúrgicamente para su recolocación”; reconociéndose que ello podría dar lugar a la/s correspondiente/s reclamación/es de responsabilidad patrimonial, en caso de no resultar extemporáneas.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por don..., en nombre y representación de don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos debidos a la aplicación de la anestesia que se le aplicó para la intervención de su rodilla izquierda. Es ésta una consulta, en un expediente de responsabilidad patrimonial, de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1.i) de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra (desde ahora, 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 Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra, sobre los procedimientos ya iniciados, y 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).

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

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.

En cuanto a la tramitación del presente 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 el informe médico pericial emitido por...

Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de las copias de los informes obrantes en el expediente y acceso al historial médico.

El interesado ha presentado las alegaciones que ha considerado oportunas y solicitado la práctica de prueba documental complementaria. Esta última ha sido denegada por resultar ajena a la presente reclamación.

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.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida y como una institución de garantía de los ciudadanos.

Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encontró su desarrollo normativo en los artículos 139 a 144 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), modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, materia que actualmente disciplina el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), y los artículos 76 y siguientes de la 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 el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, aplicable al caso por razones temporales, 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.

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.3ª. En particular, cumplimiento de la “*lex artis*” y la inexistencia de nexo causal.

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 dictámenes anteriores (entre otros, 36/2015, de 1 de diciembre, 8/26, de 25 de enero, 49/2016, de 21 de octubre y 10/2017, 27 de marzo), 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).

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 basa 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, como 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 exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la “lex artis” (STS 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».

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad 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 reclamación de responsabilidad patrimonial se ha fundamentado en que la aplicación de la técnica de anestesia raquídea efectuada al reclamante, a fin de practicarle la cirugía de la prótesis de rodilla izquierda a la que se sometió, fue incorrecta y ello le generó un déficit sensitivo y motor en la extremidad inferior derecha.

Para valorar si cabe estimar que la atención sanitaria dispensada a don... se ajustó a los parámetros asistenciales que resultan exigibles a la Administración sanitaria, adecuándose a la "lex artis", y si cabe estimar que se le ha causado un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar, debemos partir de los datos que objetivamente constan en su historia clínica y de los informes médicos que se han aportado al expediente.

Dicha documentación contradice las afirmaciones vertidas por el reclamante en cuanto a la imputación de responsabilidad que pretende y la existencia del nexo causal entre la asistencia sanitaria dispensada y el déficit motor y sensitivo padecido de su extremidad inferior derecha.

Ha quedado acreditado, por los datos ofrecidos en la historia clínica, que la aplicación de la anestesia raquídea se realizó sin complicaciones y el reclamante no manifestó queja de ella durante su aplicación; así se indica en el informe del Servicio de Anestesia y Reanimación de fecha 25 de septiembre de 2014 y queda corroborado por las anotaciones inmediatas del postoperatorio que constan en la historia clínica. En este mismo aspecto insiste el informe emitido por el Jefe del Servicio de Anestesia, de fecha 21 de junio de 2016, en el que expresamente se señala sobre este extremo que "no aparece en la historia clínica dato alguno de que durante la realización de la anestesia y la cirugía acaeciese ningún suceso anormal".

Tampoco hay evidencia alguna de que el paciente saliera tras la cirugía de la rodilla izquierda con un déficit motor y sensitivo en la pierna derecha, achacable a la anestesia aplicada a nivel L3-L4, como se indica en la reclamación.

En las anotaciones de la historia clínica recogidas entre los días 25 de septiembre de 2014 hasta la mañana del 29 de septiembre de 2014, figura que la evolución era normal y no existía déficit sensitivo motor en las extremidades inferiores. Es en la referencia de las 14.31 horas del 29 de septiembre de 2014 cuando se señala que "ha notado un chasquido y se le ha bloqueado la rodilla no operada".

El informe del... así lo refleja: “al día siguiente, día 26 de septiembre de 2014, en el pase rutinario de visita se constata que el paciente no tiene ningún déficit sensitivo ni motor distal, como aparece reflejado en la historia clínica. No es hasta el día 29 de septiembre de 2014 en el que el paciente refiere que ha notado un chasquido y se le ha bloqueado la rodilla no operada y el médico encargado de valorar al paciente ese día es requerido porque al incorporarse para iniciar la deambulación, el paciente nota un latigazo por la cara anterior del muslo contralateral con gran impotencia funcional y pérdida de fuerza para la extensión de la rodilla. El paciente es valorado y se solicita valoración por la unidad de raquis, solicitándose RMN lumbar para descartar patología raquídea. En la RNM posterior realizada el 4 de noviembre de 2014 se confirma una extrusión discal L3/L4 con migración superior que comprime la raíz L3 derecha y la cara anterolateral derecha del saco dural, así como una hernia discal posterolateral derecha L4-L que contacta con la raíz L5 derecha. Se realiza también estudio EMG que es congruente con la lesión observada en la RNM posterior”.

Por otra parte, según se comprueba por la documentación aportada al expediente, y así ha quedado reflejado en la pericial médica, el señor... ya había sufrido cuatro años antes esta misma dolencia.

En la pericial de... se dice que: “por último debemos reseñar que previo a la intervención el paciente acude con fecha 21 de octubre de 2010 por dolor lumbar que irradia a miembro inferior derecho, siendo diagnosticado de lumbociática derecha y siendo derivado en consulta preferente a unidad de raquis. Asimismo presenta informe de urgencias de fecha 29 de marzo de 2010 donde acude y es diagnosticado de ciática L5 rebelde a tratamiento convencional, presentando en la radiografía de columna listesis L5-S1 y osteofitos L2-L3”. Concluyéndose que “tanto la RNM como el estudio neurofisiológico posteriores a la intervención señalan la existencia de cambios crónicos y degenerativos que justifican la clínica del paciente y en ningún caso pueden ser compatibles con una lesión secundaria al proceso de la anestesia espinal”.

Los otros informes aportados al expediente confirman también que no hay conexión entre la aplicación de la anestesia raquídea y los

padecimientos por los que se reclama, siendo éstos fruto de la patología preexistente de la “Hernia discal posterocentral derecha L4-L5 que contacta con la raíz L5 derecha” de la que había sido tratado en el año 2010.

Así, en el informe del Jefe del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor del..., se dirá que “en mi opinión profesional los síntomas que aquejó don... tras la intervención quirúrgica en la pierna contralateral a la operada no son consecuencia de la anestesia practicada; asimismo opino que la anestesia practicada no interfirió en modo alguno en la evolución de la hernia discal que padecía el paciente y a la que se hacía referencia en la resonancia magnética de fecha 17 de noviembre de 2014”.

Igualmente, el Jefe de Sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología de Rodilla II del..., señalará en su informe que “en el protocolo del procedimiento anestésico consta que dicha anestesia transcurre sin incidencias intraoperatorias...al día siguiente de la intervención, en el pase rutinario de visita, se constata que el paciente no tiene ningún déficit sensitivo ni motor distal... sigue una evolución normal hasta el día 29.09.2014 (4 días después de la cirugía)...al incorporarse para iniciar la deambulación, nota un latigazo por la cara anterior del muslo contralateral... se le diagnostica paresia crural derecha y se le explica posibilidades diagnósticas y pronóstico (a priori favorable, ya que él mismo nota ligero aumento de fuerza con los días y menos parestesias)”. Y termina reseñando, respecto a la RM realizada el 4 de noviembre de 2014, que “se confirma la sospecha: extrusión discal L3-L4 con migración superior que comprime la raíz L3 derecha y la cara anterolateral derecha del saco dural (contacta con raíz L4 de ese mismo lado). Hernia discal posterocentral derecha L4-L5 que contacta con la raíz L5 derecha”; apuntando que “también hay constancia en la historia clínica que el paciente ya había presentado síntomas parecidos en otras ocasiones”, por lo que “la hernia discal causante de la cruralgia/paresia crural que aconteció al cuarto día de la intervención quirúrgica ya existía en 2010”.

Por otra parte, ha quedado acreditado por la historia clínica que al paciente y a sus familiares se les informó de la situación diagnóstica y su evolución conforme a los datos con los que se contaba en cada momento.

Ello se refleja en el informe del Jefe de Sección de la Unidad de Rodilla II en el que se dice que no se le dio “un diagnóstico inmediato como ocurre en muchas patologías, pues precisan de cierta evolución y de exploraciones complementarias (RM y EMG). En este caso, la RM no se realizó hasta el 04.11.2014 por indicación expresa del servicio de radiología debido a las consecuencias negativas que podrían tener para el implante protésico si se realizara antes de un mes (riesgo de movilización del implante)”.

Igualmente, los datos obrantes en la historia clínica evidencian que no puede considerarse que hubiera retraso en la realización de las pruebas de la RM (resonancia magnética) y EMG (electrocardiograma), y así se manifiesta en el precitado informe que señala que: “dichas pruebas fueron solicitadas, la RM, durante su ingreso, y el EMG en la primera consulta ambulatoria de unidad de raquis (13.11.2014), y se realizaron el 04.11.2014 (la RM), y el 16.12.2014 (el EMG). No es cierto, por tanto, que el paciente estuviera dos meses en lista de espera para la realización del EMG, al menos no el primer ENG (luego hubo otro para el control evolutivo de la lesión)”.

A tenor de todo lo expuesto, este Consejo estima que no ha quedado acreditado que exista un nexo causal entre la actuación de los servicios sanitarios públicos, la aplicación de la anestesia, y el padecimiento sufrido por el reclamante, la cruralgia/paresia crural, por lo que no puede considerarse que concurren los requisitos que determinan el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración; habiendo quedado acreditado que los profesionales sanitarios actuaron conforme a las exigencias de la “lex artis ad hoc”.

III. CONCLUSIÓN

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

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.