

Expediente: 3/2018 Objeto: Responsabilidad Patrimonial de la Administración Foral por asistencia sanitaria. Dictamen: 6/2018, de 5 de marzo
--

DICTAMEN

En Pamplona, a 5 de marzo de 2018,

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, y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente doña Socorro Sotés Ruiz,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

I.2ª. Antecedentes de hecho

El día 16 de enero de 2018 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta de la 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, del Consejo de Navarra (en lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra presentada por don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

A la solicitud de dictamen se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación, incluyendo la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-

Osasunbidea y la Orden Foral 10E/2018, de 9 de enero, del Consejero de Salud, en la que se solicita el dictamen preceptivo de este Consejo de Navarra.

Reclamación de responsabilidad patrimonial

El 20 de junio de 2017, tiene entrada en el registro del Departamento de Salud escrito de don..., interponiendo reclamación de daños y perjuicios por defectuoso funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, como consecuencia de una intervención quirúrgica realizada el día 4 de mayo de 2016, y que dio lugar a una gran invalidez e importantes secuelas y perjuicios tanto personales como patrimoniales.

Se mantiene en la reclamación que don..., “aproximadamente desde 2013, venía padeciendo una serie de dolores lumbares L3-L4, L4-L5 con bilateralidad, recomendándose por uno de los médicos del Servicio de Traumatología perteneciente al Servicio Navarro de Salud, un bloqueo epidural y posterior intervención quirúrgica de la misma, que se señaló para el día 4 de mayo”.

Continúa el escrito diciendo que “como consecuencia de esta intervención, la propia Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social calificó su situación como GRAN INVALIDEZ de acuerdo al siguiente cuadro clínico “Lumbociática con intervención quirúrgica hernia discal L4-L5 y L5-S1 en 1998, reintervenido el 4 de mayo de 2016: Aracnoiditis: afectación lumbosacra L5, S1 y S2 bilateral con déficit motor LS y alteración de esfínteres por desgarro dural intraoperatorio” y con las limitaciones orgánicas y funcionales siguientes: “paciente que tras accidente quirúrgico presenta afectación radicular L5, S1 y S2 bilateral, con afectación motora de extremidades inferiores, incontinencia fecal y urinaria y alteración sensitiva distal y a nivel perineal. Índice de Barthel: 35 (dependiente grave), con fecha 24 de noviembre de 2016”.

La reclamación invoca los fundamentos de derecho que considera de aplicación y finaliza el escrito solicitando se indemnice por parte del Servicio

Navarro de Salud-Osasunbidea a don... en la cantidad de tres millones cuatrocientos cuarenta y cuatro mil setecientos ochenta euros (3.444.780 €).

Se aportan, adjuntos a la reclamación, diversos informes médicos que documentan las circunstancias de hecho mantenidas en la reclamación así como la Resolución dictada por la Dirección Provincial de Navarra del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 24 de noviembre de 2016, acordando la incapacidad permanente en el grado de Gran Invalidez de don...

Iniciación del procedimiento

Mediante Resolución 28/2017, de 26 de junio, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don... por presuntos daños y perjuicios derivados de la intervención quirúrgica practicada en la...; se nombra instructor del procedimiento; se le informa de que ésta reclamación “puede implicar el acceso a los datos de su historia clínica que puedan estar relacionados con el objeto de la misma”; y se indica al interesado el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, dentro de los seis meses siguientes al 20 de junio de 2017, además de los efectos del silencio administrativo negativo e inicio del plazo para la interposición del recurso contencioso administrativo, dándose traslado de dicha resolución al instructor y al interesado.

Instrucción del procedimiento: Historia clínica

A solicitud del reclamante y del instructor del procedimiento, constan en el expediente copia de la historia clínica remitida tanto por Atención Primaria como por los distintos servicios del... (en adelante, ...), de la ... y ... así como de centros médicos privados. Igualmente obra en el mismo informe médico de don..., Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del..., emitido a solicitud del instructor del expediente.

De la documentación clínica aportada cabe destacar, como relevantes a los efectos de tomar en consideración en este dictamen, los siguientes hechos:

1. El informe de 5 de junio de 1997, del centro privado sanitario..., remitido por..., refiere que tras estudio de la columna lumbar del reclamante mediante resonancia magnética (en adelante, RM) se le diagnosticó de “Hernia paramedial derecha L4-L5 con afectación de raíces L4 y L5 izquierdas. Hernia central L5-S1 sin datos en la actualidad que sufrieran compromiso radicular. Manguito radicular compuesto S1-S2. Enfermedad degenerativa de articulaciones intervertebrales”.

2. Fue intervenido quirúrgicamente en la... en el año 1998 de hernia discal L3-L4 y L4-L5 al parecer tras un accidente laboral.

3. Se le realiza RM del raquis lumbar el día 18 de noviembre de 2005, en..., con impresión diagnóstica de “lumboartrósis de evolución muy severa, sobre todo si se atiende a la edad del paciente, con pérdida importante de señal intradiscal y protrusiones discales globales asociadas a osteofitosis de cuerpos vertebrales y fenómenos degenerativos importantes en articulaciones interapofisarias. Todo ello condiciona una estenosis de carácter adquirido del canal vertebral lumbar, muy importante, y debida a todos los fenómenos degenerativos citados. (...)”

4. El neurólogo don... con fecha de 7 de diciembre de 2005, realiza estudio neurofisiológico que “muestra una afectación radicular L5 derecha puesta de manifiesto por el déficit motor de características neurógenas crónicas. Así mismo existe una pequeña afectación de raíz S1 también derecha manifestada por una disminución de la amplitud del reflejo H y un aumento de su latencia con relación al reflejo H izquierdo. Neurológicamente se aprecia una abolición del reflejo rotuliano derecho que habla a favor de una afectación de raíz L4 y una clara disminución del reflejo aquileo derecho, expresión de lesión S1 derecha. En mi opinión existen pues signos de afectación de raíces L4, L5 y S1 todas ellas izquierdas siendo la más afectada la L5.”

5. Remitido por el Centro de Salud de... al..., realiza sesiones de rehabilitación durante los meses de abril y mayo de 2006, sin ninguna mejoría, incluso comenzando con dolor ciático en julio de ese año acudiendo a urgencias el día 17 de julio por fuertes dolores.

6. Constan informes médicos de atenciones dispensadas al paciente por dolores de espalda, así como de seguimiento por el Servicio de Traumatología y Unidad de Raquis de... durante los años 2007, 2008 (se le hace infiltración y bloqueo epidural), 2009, 2010 (de nuevo infiltración y bloqueo epidural), 2011 (infiltración), 2014 y 2015, efectuándole bloqueo epidural con ingreso hospitalario el día 12 de junio.

En el informe realizado por el... como consecuencia de la RM, de 5 de julio de 2007, se llega a las siguientes conclusiones médicas: “cambios degenerativos Modic tipo II en los platillos L4-L5. Hemilaminectomía derecha de los niveles L3-L4 y L4-L5. Canal estrecho absoluto congénito en la práctica totalidad de la columna lumbar. Ocupación del receso lateral izquierdo L4-L5 recomendando completar con estudio de Gadolinio para diferenciar entre hernia discal y fibrosis postquirúrgica. Compatible con desgarró del anillo fibroso L4-L5. Protusión discal dorsal global L5-S1. Cambios degenerativos en carillas articulares de los dos últimos niveles lumbares”.

7. La RM de 9 de enero de 2014 informa de fibrosis como consecuencia de hernia a nivel L3-L4 y L4-L5 con estenosis de canal en dichos niveles.

Se realiza otra RM lumbar el 22 de diciembre de 2015, que informa de estenosis moderada del canal raquídeo en segmento L4-L5 por la hipertrofia degenerativa de los elementos del arco posterior, con compromiso de los forámenes de conjunción L4-L5 y L5-S1. A nivel L4-L5 visualizan cambios postquirúrgicos con hemilaminectomía parcial derecha e imagen de ocupación del receso lateral L5 derecho por tejido cicatricial y por la prociencia del anillo fibroso, visualizándose formaciones de tipo disco-osteofítico que se extienden en ambos forámenes con discreta compresión de ambas raíces de L4.

8. Acude a revisión a consulta del doctor... el 19 de febrero de 2016, tras realización de RM lumbar. Presenta dolor lumbar y ciático bilateral y dolor glúteo, no pasea desde hace un mes. Se valora RM lumbar constando hernia discal L4-L5 y L5-S1, estenosis L4-L5-S1. Se plantea tratamiento quirúrgico consistente en recalibrado-discectomía L4-L5 y L5-S1 con artrodesis L4-L5-S1, y valorar L3.

9. El día 19 de febrero de 2016, consta firmado consentimiento informado para descompresión neurológica, instrumentación y artrodesis vertebral, constando los siguientes datos de interés:

“Que el DR/DRA, Dr..., me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una DESCOMPRESION, INSTRUMENTACION DE COLUMNA Y ARTRODESIS VERTEBRAL.

1. El propósito principal de la intervención consiste en descomprimir las estructuras nerviosas y fijar definitivamente las estructuras vertebrales para evitar desplazamientos vertebrales que en un futuro puedan producir dolor, discapacidad y lesión neurológica progresiva en el tiempo.

2. La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia, el cual la adaptará a sus características personales.

3. La intervención consiste en la fusión vertebral mediante una instrumentación de columna y aporte de injerto óseo procedente de las propias vértebras y, en su caso de las crestas ilíacas propias o de banco de huesos.

4. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para DESCOMPRESIÓN E INSTRUMENTACIÓN DE COLUMNA Y ARTRODESIS VERTEBRAL pueden ser:

(...)

c) Secuelas neurológicas que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico.

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada para proporcionar el tratamiento quirúrgico más adecuado.

7. Alternativas de tratamiento. Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio y la colocación de corsés hasta finalizar el crecimiento o en las fases de dolor.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.”

10. El día 28 de abril de 2016, consta firmado el consentimiento informado para anestesia e igualmente constan firmados los consentimientos informados relacionados con las pruebas que se le efectuaron para el preoperatorio de todos los especialistas médicos intervinientes en el proceso.

11. El día 3 de mayo de 2016 ingresa en Traumatología-Unidad de Raquis de la... para cirugía programada por presentar lumbociática crónica que mediante anamnesis, exploración clínica y radiológica, se diagnostica de hernia discal L4-L5 y L5-S1 con estenosis de canal a nivel L4-L5 y L5-S1 y fibrosis epidural L3-L4 y L4-L5 por cirugía previa.

12. Es intervenido quirúrgicamente el 4 de mayo de 2016, realizándole descompresión y artrodesis L4-S1. Consta en la hoja de intervención que presenta fibrosis epidural que dificulta la discectomía y foraminotomía.

La intervención quirúrgica consiste en “liberación del receso lateral y facetectomía parcial, realizándose asimismo una foraminotomía parcial bilateral con liberación del saco dural y de raíces L5 y S1, que se encuentran comprimidas gravemente y muy adheridas a la fibrosis epidural. Identificación del disco, comprobándose, herniación de tamaño moderado,

subligamentaria, y que comprime las raíces, estando pegado a las mismas”.

“Durante la cruentación con el micromotor se produce durotomía incidental de 5mm de longitud, por lo que se completa la laminectomía, para tener un buen acceso y reparación de la misma, que se sutura con monofilamento PROLNE de 5/0. Identificación de pedículos, practicándose instrumentación pedicular L4-L5-S1 bilateral FIREBIRD. Control radioscópico correcto. Cruentación de articulares, transversas y alas de sacro con escoplo y micromotor. Se cubre con DUREPAIR. Injerto óseo procedente de restos de laminectomía, asociado a DBM-OPTECURE. Redón con cresta iliaca. Colocación minuciosa del injerto una vez preparado éste adecuadamente. Se pone 1 Cross-link. Exploración epidural final, quedando finalmente las raíces libres y móviles. Lavados exhaustivos. Hemostasia cuidadosa. Espongostan epidural. Redones profundo y superficial. Contaje de gasas y lentinas correcto. Cierre por planos”. Se envía muestra a anatomía patológica de los fragmentos de disco.

El mismo día de la operación a las 17:30 horas avisan a Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) para valorar déficit de fuerza en extremidades inferiores (EEII), indicando por el traumatólogo esperar a la respuesta con tratamiento corticoideo que se instaura.

13. El día 6 de mayo de 2016, le pasan al señor... a planta persistiendo el déficit en ambas EEII, donde constantemente le controlan, e instauran nuevos tratamientos: fisioterápicos, ortopédicos y farmacológicos para intentar mejorar la situación inicial tras el postoperatorio. Tiene problemas de control de esfínteres.

14. En el informe del doctor... de 1 de junio de 2016, se indica que durante el procedimiento quirúrgico el paciente presenta desgarró dural por la fibrosis con lesión de cauda equina, y déficit motor y sensitivo en EEII. Señala que permanece ingresado para completar pruebas diagnósticas y tratamiento de Rehabilitación. Presenta unas secuelas (dolor, déficit motor y déficit sensitivo distal, raíces L5, S1, S2 y S3) que están en fase de recuperación, no pudiendo prever si habrá una recuperación completa. Precisa andador para caminar y férulas antiequino, y está incapacitado para

realizar actividad laboral.

15. Se realiza estudio neurológico (ENG) el 6 de junio de 2016, en el que aparecen datos de compromiso de ambas raíces L5-S1 y también S2, con denervación distal abundante. El EMG realizado el mismo día muestra abundante actividad de denervación excepto en ambos vastos internos del cuádriceps (con PUMs normales), no actividad voluntaria valorable en gemelos, tibial anterior derecho y esfínter externo del ano, en tibial anterior izquierdo se obtiene un PUM de parámetros neurógenos crónicos.

16. El 7 de junio de 2016 se le realiza estudio neurofisiológico del aparato genitourinario que informa de “afectación aguda de raíces sacras. Se obtiene respuesta de PESS desde nervio pudendo, no se obtiene reflejo bulbo cavernoso, EMG de bulbo cavernoso con actividad aguda de denervación sin potenciales valorables”.

17. El día 13 de junio, se realiza RM de columna lumbar preferente que informa de “hallazgos compatibles con fibrosis epidural, más evidente en el nivel L4-L5 y en su margen lateral derecho. Hallazgos compatibles con aracnoiditis, visible desde el nivel del platillo vertebral superior de L4 hasta la región central del cuerpo vertebral de L5”.

18. El día 4 de julio se le cambia la inmovilización lumbar rígida por faja semirrígida y el 4 de agosto al realizarle radiografía lumbar, informada como correcta, se le retira la faja. No hay ninguna mejoría a nivel de esfínteres.

19. El 18 de agosto de 2016 es visto en consulta de Urología, valorándose los resultados de urodinamia del día 3 de agosto, que muestran “detrusor hipoactivo más disinergia véscico-esfinteriana”. Se le cita para revisión con nueva urodinamia. Es valorado en el Servicio de Nefrología el 25 de agosto. Deambula con muletas. El 31 de agosto de 2016 refiere notar calambres en pie izquierdo y mejoría de la movilidad.

20. El 26 de octubre de 2016 se realiza estudio neurofisiológico del aparato genitourinario que “no obtiene reflejo pudendo. PESS desde pudendo con respuesta cortical presente y respuesta lumbar no valorable”.

En el informe del doctor... de 28 de octubre de 2016, se indica que continua ingresado y que persisten datos de afectación radicular lumbosacra L5-S1 y S2 bilateral, respecto al estudio previo la conducción periférica es similar y en el EMG se observa menos actividad aguda con ocasionales PUMs en los tibiales anteriores. Anota que la exploración radiológica de columna lumbar muestra instrumentación L4-L5-S1 correcta. En la exploración física la cicatriz lumbar es correcta. "Balance Muscular: Psoas a 4, Cuádriceps a 4, Tibial anterior derecho a 1, e izquierdo a 2, Tríceps sural derecho a 2, izquierdo a 3. Realiza transferencias independientes. Marcha con buena estabilidad con ayuda de dos bastones y Foot-up bilateral. Alteración sensitiva distal y a nivel perineal. No control de esfínteres. Realiza autosondajes intermitentes cada 6 horas (...). Previsiblemente dado el tiempo transcurrido tras la lesión, se puede considerar los déficits como secuelas neurológicas. Precisando ayudas técnicas para la marcha. Dada la evolución del cuadro el paciente no podrá realizar ninguna actividad laboral".

21.- El informe del Servicio de Rehabilitación de 28 de octubre, es similar al informe del Servicio de Traumatología, haciendo constar que en el momento de emitirse el informe está ingresado con previsión del alta en una semana, realizando tratamiento fisioterápico con aceptable evolución, añadiendo que realiza transferencias independientes, marcha con ayuda de 2 muletas y Foot-up bilateral, sube y baja escaleras con apoyo; alteración sensitiva distal y a nivel perineal; no control esfinteriano, realizando autosondajes intermitentes cada 6 horas. Tras el alta continuará tratamiento rehabilitador en régimen ambulatorio. Anotándose que "previsiblemente y dado el tiempo transcurrido tras la lesión, se pueden considerar los déficits como secuelas neurológicas, precisando sondajes intermitentes y ayudas técnicas para la marcha".

22. Mientras estuvo ingresado en..., fue valorado por Trabajo Social, realizando entrevistas los días 4 de julio, 12, 23 y 26 de septiembre, 10 de octubre y 4 de noviembre de 2016.

Antes del alta hospitalaria es también valorado por Medicina Interna, ajustando el tratamiento para su diabetes, estreñimiento, dolor neuropático e

infecciones de orina.

23. Es dado de alta hospitalaria el 4 de noviembre de 2016, con recomendaciones del Servicio de Rehabilitación. Se indica revisión en consulta del doctor... en un mes, debiendo acudir diariamente a RHB ambulatoria.

24. El 15 de noviembre de 2016, acude a consulta de RHB, encontrándose estable, diciendo que no está muy contento con su situación en el domicilio por dificultades para sondarse, vestirse... aunque está haciendo vida social. En la exploración física anotan:

- Transferencia independiente, marcha con buena estabilidad con 2 muletas y foot-up bilateral, giros bien.
- BM: psoas 4/5 bilateral, cuádriceps 4+/5, tibial anterior 1/5 derecho y 1+/5 izquierdo, tríceps sural derecho 2-/5 e izquierdo 3/5.
- Hipoestesia en ambas EEl más acusado e la izquierda.
- ROTs no obtengo.
- Indican continuar igual y acudir a revisión en 1 mes con el doctor Gorostiaga.

25. El 24 de noviembre de 2016, es declarado en situación de gran invalidez, por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de acuerdo con el siguiente cuadro clínico: “lumbociática con intervención quirúrgica de hernia discal L4-L5 y L5-S1 en 1998, reintervenido el 4 de mayo de 2016: aracnoditis: afectación lumbosacra L5, S1 y S2 bilateral con déficit motor L5 y alteración de esfínteres por desgarró dural intraoperatorio” y con las limitaciones orgánicas y funcionales siguientes “paciente que tras accidente quirúrgico presenta afectación radicular L5, S1 y S2 bilateral, con afectación motora de extremidades inferiores, incontinencia fecal y urinaria, alteración sensitiva distal y a nivel perineal. Índice de Barthel: 35 (dependiente grave)”.

26. Acude a revisión en consulta de Traumatología los días 5 y 15 de diciembre de 2016 y el día 11 de enero de 2017, no habiendo cambios en su situación y reiterándole seguir con fisioterapia diaria, insistiendo en algunos ejercicios, prescribiéndole en esta última visita silla de ruedas de mando

eléctrico y órtesis antiequino tipo “rancho” para pie derecho.

27. Los días 2 y 22 de marzo de 2017 acude a revisión con el doctor..., indicándole continuar con radiofrecuencia durante tres meses. Es explorado nuevamente y se le coloca la órtesis tipo “rancho de los amigos” pero no lo tolera. La radiografía muestra artrodesis L4-L5-S1 y material correcto.

El 30 de marzo de 2017, acude de nuevo a revisión de RHB, con la misma situación clínica anterior, informándole que posiblemente le darán de alta definitiva transcurrido un año de su lesión, es decir, en junio de 2017.

28. En la revisión de RHB de 20 de abril de 2017, comenta la utilización de la órtesis “tipo rancho” en el pie derecho viéndose algo mejor. Continúa con dolor en ambos pies (sobre todo planta pie derecho) y calambres que irradian a zona anterior de EEII (mejoró con Celebrex). Barthel 55. Está caminando con 2 muletas con radio de marcha 100 metros, y no caídas. Anotan “lo más destacable actualmente es el dolor en el pie izquierdo (zona de planta y externa) de predominio vespertino y nocturno que ha aumentado mucho en los últimos 4-5 días”. El resto de la exploración es igual a las anteriores.

El diagnóstico principal es: “Síndrome de cauda equina post-cirugía (04/05/206) de estenosis de canal y hernia discal L4-L5 y L5-S1 con lumbociatalgia bilateral (cirugía previa en 1998). Paraparesia extremidades inferiores. Vejiga neurógena. Intestino neurógeno. Dolor neuropático en pies (más el izdo).”

29. Se le hace RM el 2 de junio de 2017, que informa de cambios postquirúrgicos con fibrosis epidural en el nivel L4-L5 que se distribuye principalmente en el receso lateral derecho del canal, acompañado de un reborde osteofitario del espacio intervertebral y fibrosis aracnoidea que produce tracciones sobre las raíces de la cola de caballo dentro del saco tecal (descrito en previo como aracnoiditis).

30. En la consulta conjunta con el traumatólogo y rehabilitador del día 15 de junio de 2017, refiere “dolor intenso en ambos pies (continuo en EII

desde zona lateral de pierna hasta zona dorsal y plantar de pie y menos frecuente pero más agudo en EID en parte externa de pierna y zona plantar de pie derecho). Ha iniciado pauta de corticoides. Sigue con incontinencia urinaria y fecal. Ha engordado algo”. Se le indican algunos cambios en la ingesta de fármacos y le comentan que “se le remitirá a ..., ..., para revalorar pauta a seguir ante persistencia de dolor neuropático en EEII y afectación esfinteriana”.

31. Tiene de nuevo consulta en RHB, el día 23 de junio de 2017, por persistencia del dolor, aunque algo de mejoría. En el informe de RHB de 4 de agosto de 2017, consta que presenta dolor intenso en ambas piernas y pies por lo que toma corticoides, el último episodio no le permitía apoyar el pie izquierdo en el suelo por lo que no podía caminar nada. El paciente cree que tiene mayor incontinencia urinaria y fecal, precisa sondajes intermitentes cada 5 horas. Utiliza órtesis “tipo rancho” en pie derecho para dar algún pasito en domicilio con ayuda de 2 muletas. Barthel 45. La exploración es igual a las anteriores. Se indica en observaciones que “dada la patología (lesión cauda equina con paraplejia y lesión esfínteres), la evolución seguida, las complicaciones surgidas (dolor neuropático) y su estado actual, creo conveniente valoración en centro especializado de atención a la lesión medular, como puede ser el ... Interesa valoración evolutiva de disfunción esfinteriana e indicar pautas a seguir. Así mismo reseñar que el acusado dolor que presenta en las piernas y pies, de características neuropáticas, le limita para poder realizar la bipedestación y esto conlleva un retraso en la realización de los ejercicios y pautas indicadas.”

32. Acude a consulta en la Unidad del Dolor el día 9 de agosto de 2017, refiriendo dolor en EEII desde hace 14 meses, cuando se le practicó la intervención quirúrgica. Se anota dolor continuo, de intensidad en escala verbal 3, que disminuye con corticoides y Lattinen 11. Es explorado siendo el diagnóstico principal, síndrome de cola de caballo con dolor neuropático por debajo de las rodillas (desafereciación). Se ajusta el tratamiento analgésico oral y se le explica y acepta EEM (estimulación epidural medular), firmando consentimiento. Anotan que antes tiene una cita en el ...

Informes

A solicitud del instructor del expediente, ha emitido informe el día 5 de septiembre de 2017, don..., Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del..., señalando lo que sigue:

“El paciente Don... fue intervenido en nuestro Servicio con fecha 4-05-16, en relación con una lumbociática bilateral, por estenosis de canal, realizándose una descompresión y artrodesis L4-S1.

Durante la intervención se comprobó cómo había una evidente fibrosis que comprimía gravemente las raíces L5 y S1, así como una herniación discal.

Tal y como consta en el parte quirúrgico, las raíces se encuentran gravemente afectadas y adheridas por la fibrosis epidural, y es de suponer que la liberación de las mismas resultó dificultosa y posiblemente implicó fracción de las mismas.

Así mismo, durante la intervención se produjo una durotomía incidental de aproximadamente 5 mm. que se suturó.

En el postoperatorio el paciente presentó déficit LS-S1-S2 bilateral con alteración de esfínteres, siendo tratado por parte del Servicio de Rehabilitación y citado en múltiples ocasiones por ese Servicio y por su traumatólogo responsable.

El paciente presenta dolor difuso de intensidad moderada en ambas piernas y pies por territorio radicular en relación con desaferenciación por neuropatía.

En la última exploración practicada se aprecia:

- Marcha paraparética con dos muletas y dos órtesis antiequino.
- Balance muscular de extremidades inferiores: Psoas bilateral 4, Aductores 4+ bilat, Cuadriceps 5 bilat, Gluteo mayor der. 2- e izdo. 0, Gluteo medio der. 2- e izdo. 0, Tibial anterior izquierdo 2- y

derecho 0, Tibial posterior der. 1 e izdo, 1, Flexor de los dedos dcr. O e izdo, 1 Isquiotibiales der. 3 e izdo. 2+, Tríceps sural der. 2 e izdo. 1.

- Alteración sensitiva por debajo de L4 bilateral más acusada a nivel L5 y S1.

El paciente ha sido remitido así mismo también, para valoración y tratamiento por parte de la Unidad del Dolor.

El paciente va a ser remitido para valoración y tratamiento del dolor y reeducación esfinteriana al ...

Se ha realizado estudio de resonancia magnética nuclear que demuestra la existencia de importante fibrosis y aracnoiditis. Esta aracnoiditis, a nuestro juicio, podría ser responsable, al menos parcialmente de su sintomatología.

Al paciente se le planteó tratamiento quirúrgico y se le explicaron los riesgos del mismo, firmando para ello el preceptivo consentimiento informado.

En cualquier caso y en relación con las lesiones radicales, es esperable que pueda haber una mejoría de la sintomatología de las mismas hasta aproximadamente tres años después de ocurrida la lesión.

En resumen, en relación con la reclamación del paciente, en modo alguno podemos entender que existe un comportamiento negligente por parte de nuestros facultativos, ya que la intervención quirúrgica se realizó siguiendo la *lex artis*, la cual no está exenta de posibles complicaciones relativas o relacionadas con la manipulación neural.

Así mismo se puede descartar el desconocimiento del paciente en relación con los riesgos inherentes a la cirugía, ya que fue debidamente informado de ello y firmado el consentimiento informado, Además durante todo este tiempo el paciente ha tenido un seguimiento continuado por parte de su facultativo responsable, quien ha estado pendiente de cualquier

vicisitud que pudiera ocurrir relacionada o no directamente con la cirugía.

En resumen:

1. El paciente padece una secuela postquirúrgica deficitaria en posible relación con la manipulación quirúrgica.
2. La evolución neurológica no ha finalizado todavía, ya que es posible que exista mejoría, tanto desde el punto de vista motor como sensitivo o esfinteriano.”

Dictamen médico

Consta en el expediente el dictamen médico emitido por la asesoría médica..., ..., (en adelante, ...), a solicitud de la compañía de seguros que en la actualidad cubre este tipo de responsabilidades sanitarias al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en relación con el reclamante, siendo el objeto del informe la valoración de la atención prestada al paciente don... por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en relación a la cirugía de columna vertebral realizada el día 4 de mayo de 2016.

En el mismo, de fecha 9 de octubre 2017, realizado por la doctora doña..., doctora en Medicina y Cirugía y especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, se realiza un examen de los antecedentes y se dan explicaciones acerca de los mismos así como de las características de las intervenciones, pruebas y consultas a las que se vio sometido el reclamante a lo largo del proceso. Se efectúan las consideraciones médicas oportunas, en concreto acerca del síndrome de la cola de caballo o cauda equina, su sintomatología, desencadenantes del mismo, pronóstico y tratamientos.

Se analiza la práctica médica realizada, en este caso, teniendo en cuenta sus antecedentes antes de la intervención quirúrgica, los consentimientos informados por el paciente tanto para hacerle pruebas y tratamientos, como para la intervención quirúrgica a la que fue sometido.

Se indica que “la causa de la lesión de las raíces nerviosas fue su manipulación para liberarlas del tejido cicatricial que las estaba

comprimiendo y al cual estaban muy adheridas, según consta en la hoja de quirófano. Este gesto de liberación de las raíces era necesario para la mejoría de la clínica del paciente. Cuando se manipula quirúrgicamente un nervio se sabe que existe riesgo de que se lesione, ya que son estructuras muy delicadas. De ahí que este riesgo de lesión nerviosa figure como tal en el consentimiento informado que firmó: «secuelas neurológicas que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico». Se conocía por tanto que en este caso la causa más probable de la lesión de las raíces nerviosas era su manipulación y no otras causas como un hematoma epidural postquirúrgico o la sección de las raíces (se realizó una exploración epidural final observando que las raíces estaban libres y móviles). La utilización de radioscopia intraoperatoria también indicaba que los tornillos pediculares estaban correctamente colocados y no era de esperar la lesión de las raíces por los mismos (además, sería excepcional que se lesionasen L5, S1 y S2 bilateral). Por este motivo se optó correctamente por un manejo conservador del síndrome de cola de caballo. Se inició precozmente el tratamiento adecuado para aminorar las secuelas.”

Finalmente el informe pericial médico llega a las siguientes conclusiones:

- “1. D... fue intervenido el 4 de mayo de 2016 de descompresión y artrodesis L4-S1, tras ser diagnosticado de hernia discal L4-L5 y L5-S1, estenosis de canal L4-L5 y L5-S1 y fibrosis epidural L3-L4 y L4-L5 por cirugía previa.
2. La indicación quirúrgica fue correctamente realizada.
3. Firmó el consentimiento informado para “descompresión, instrumentación de columna y artrodesis vertebral”, en el cual se especifica como posible complicación, las secuelas neurológicas irreversibles por lesión de nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico.
4. Fue por lo tanto correctamente informado de la posibilidad de lesión nerviosa.
5. Precozmente tras la cirugía fue diagnosticado de un síndrome de cola de caballo postquirúrgico.
6. Esta complicación se debe a la lesión de las raíces nerviosas L5, S1

y S2 durante la cirugía. Se reconoció la cirugía como dificultosa por la presencia de fibrosis epidural y discos herniados adheridos a las raíces nerviosas.

7. La lesión de las raíces nerviosas durante la cirugía no implica mala praxis por parte del Dr... Consta que realizó una exploración epidural final quedando las raíces libres y móviles.

8. Se utilizó control de escopia durante la cirugía y los controles radiológicos posteriores y de TC evidenciaron normoposición del material de osteosíntesis.

9. Se instauró precozmente el tratamiento multidisciplinar correcto. Permaneció ingresado 6 meses para realizar tratamiento rehabilitador intensivo y completar pruebas diagnósticas. Fue valorado por Medicina Interna y Urología, además de Traumatología-Unidad de Raquis.

10. Tras el alta hospitalaria, se continuó tratamiento ambulatorio con un adecuado plan de seguimiento en consultas de RHB y Traumatología-Unidad de Raquis (Dr...).

11. Como es frecuente en esta complicación, persistieron secuelas importantes a pesar del tratamiento correcto: dolor neuropático, paraparesia en extremidades inferiores, alteraciones sensitivas y vejiga e intestino neurógenos.

12. El 4 de agosto de 2017 se consideró que presentaba una incapacidad funcional grave, con necesidad de ser asistido.

13. Fue correctamente derivado a la Unidad del Dolor, por la dificultad para el manejo del dolor neuropático en extremidades inferiores.

14. Fue correctamente remitido a centro especializado en tratamiento de lesionados medulares, al considerarse agotadas las posibilidades de mejoría.

15. Las secuelas no pueden ser atribuidas a un incorrecto diagnóstico, seguimiento, indicación ni actuación médica o quirúrgica.

16. En todo momento la actuación médica se ajustó a los protocolos de actuación reconocidos para este tipo de lesiones.”

El informe llega a la conclusión final de que “la asistencia prestada a D... por parte del Servicio Navarro de Salud, en relación a la cirugía de columna lumbar realizada el 4 de mayo de 2016, fue acorde a la lex artis”.

Trámite de audiencia y alegaciones

En virtud, del traslado conferido y de la documentación obrante en el expediente, la representación letrada de don..., formalizó en plazo un escueto escrito de Alegaciones, reiterándose íntegramente en lo ya manifestado y solicitado en su escrito de reclamación, no aportándose ningún informe pericial médico que contrastara el informe de... aportado por la aseguradora de la Administración.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución precedida de un informe jurídico de fecha 19 de diciembre de 2017, de la que es fiel reflejo, desestimando la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., por presuntos daños y perjuicios derivados de la intervención quirúrgica practicada en...

En su fundamentación se refiere a las conclusiones del informe efectuado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del..., así como al amplio historial médico obrante en el expediente, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, así como al informe pericial aportado por la aseguradora del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, elaborado por la asesoría médica..., y, en consecuencia, se consideran correctas y ajustadas a la "lex artis" las actuaciones desarrolladas en cada momento por los profesionales que atendieron al paciente; en especial considera que la intervención quirúrgica fue correctamente realizada, habiendo sido informado previamente de la posibilidad de lesión nerviosa.

La complicación producida parece deberse a la lesión de las raíces nerviosas L5, S1 y S2 durante la cirugía, reconociéndose la cirugía como dificultosa por la presencia de fibrosis epidural y discos herniados adheridos a las raíces nerviosas. Sin embargo, el informe pericial de..., suscrito por la doctora especialista en cirugía ortopédica y traumatología, descarta mala praxis por parte del traumatólogo que intervino, toda vez que consta que realizó una exploración epidural final "quedando las raíces libres y móviles", de lo que puede concluirse que la manipulación de estas raíces nerviosas fue correctamente realizada.

Respecto al diagnóstico y tratamiento de la complicación suscitada, fue precozmente diagnosticado el síndrome de cola de caballo postquirúrgico, instaurando inmediatamente tratamiento multidisciplinar, que el informe pericial califica de correcto; permaneció ingresado 6 meses para realizar tratamiento rehabilitador intensivo y completar pruebas diagnósticas, siendo valorado por Medicina Interna y Urología, además de Traumatología; tras el alta hospitalaria se continuó tratamiento ambulatorio con un adecuado plan de seguimiento en consultas de rehabilitación y traumatología; fue correctamente derivado a la unidad de dolor por la dificultad para el manejo del dolor neuropático en extremidades inferiores, y a un centro especializado en tratamiento de lesiones medulares, al considerarse agotadas las posibilidades de mejora.

Finaliza diciendo la propuesta de Resolución que de lo anteriormente expuesto se concluye que la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fue plenamente adecuada y de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, por lo que procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

II. CONSIDERACIONES JURIDICAS

II.1ª. Carácter preceptivo del dictamen

La consulta que se nos efectúa versa sobre una reclamación formulada por don..., por los presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, considerando responsable de los mismos el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dependiente de la Administración Foral de Navarra y solicitando una indemnización por daños y perjuicios sufridos, de tres millones cuatrocientos cuarenta y cuatro mil setecientos ochenta euros (3.444.780 €).

Por tanto, el dictamen del Consejo de Navarra tiene carácter preceptivo, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Foral 8/2016, de 9 junio, sobre el Consejo de Navarra al amparo de lo dispuesto en su artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1.g).

En consecuencia, de acuerdo con los preceptos citados, este Consejo emite dictamen al ser preceptivo dado que la consulta versa sobre una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a trescientos mil euros (300.000 €).

II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento

La Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, 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 el informe de la asesoría médica... en relación con los hechos objeto de la reclamación. Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de todo lo obrante en el expediente para presentación de alegaciones y de la documentación que estimara necesaria para la defensa de sus intereses, todo ello previo a la propuesta de resolución.

En base a lo anterior, consideramos que en términos generales 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 32, 34 y 36 (capítulo IV del título preliminar) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32 de la LRJSP, 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, 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”.

En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (32.2). 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 aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos (34.1). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social (34.2).

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. La relación de causalidad y antijuridicidad del daño: cumplimiento de la “lex artis” y consentimiento informado

De acuerdo con lo señalado por este Consejo en dictámenes anteriores (siendo los más recientes, 30/2017, 42/2017, 44/2017 y 47/2017, entre otros), el sistema real 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 del principio de objetividad puede dar lugar a resultados no solo contrarios a un elemental principio de justicia, sino también a la función del instituto indemnizatorio, por ello reiterada jurisprudencia señala que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales a las que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso (SSTS de 16 de marzo de 2005, 20 de marzo de 2007 y 26 de junio de 2008); y, por otro lado, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS de 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no es suficiente para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de

deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el ámbito de la Administración sanitaria, en la medida en que no es posible garantizar en toda circunstancia la curación de los enfermos, se viene utilizando como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, a los efectos de determinar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, el criterio de la "lex artis", pues la obligación del profesional sanitario se concreta en prestar la debida asistencia al paciente.

En este sentido, la STS, Sala 3ª, de 23 de febrero de 2009 - citada en la de 18 de diciembre de 2009 - resume sintéticamente la doctrina en este ámbito señalando que "la responsabilidad de las administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa, se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente.(...) Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la Ley 30/1992); nada más y nada menos".

Continúa diciendo la sentencia que [esta peculiar configuración exige de quien reclama que justifique, al menos de modo indiciario, que se ha producido por parte de las instituciones sanitarias un mal uso de la lex artis.

Esta prueba puede ser, como acabamos de indicar, la de presunciones, admitida en nuestro derecho por el artículo 386 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, de modo que si, a partir de circunstancias especiales debidamente probadas y acreditadas, se obtiene, mediante un enlace preciso y directo conforme a las reglas del criterio humano, que el daño que sufre el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la *lex artis*.

Por otra parte, la denominada "*lex artis*" se identifica con el "estado del saber", considerando, en consecuencia, como daño antijurídico aquel que es consecuencia de una actuación sanitaria que no supera dicho parámetro de normalidad. Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, aplicable al presente expediente, "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".]

En el presente caso nos encontramos con una reclamación patrimonial en la que se alega negligencia médica en la realización de la intervención quirúrgica el día 4 de mayo de 2016, por parte de la Unidad de Raquis de..., efectuándole al reclamante, descompresión y artrodesis de L4-S1. En dicha intervención don... sufrió una complicación muy grave que se denomina "síndrome de cola de caballo" por lesión de las últimas raíces lumbares y sacras. Es esta una complicación conocida y de la que fue informado previamente el paciente, el cual firmó con fecha 19 de febrero de 2016 un documento de consentimiento informado. Se instauró tratamiento multidisciplinar a pesar de lo que persistieron secuelas motoras, sensitivas y de control de esfínteres, además de dolor neuropático. Siendo considerado por la Seguridad Social con una incapacidad de gran invalidez.

Por ello se hace necesario entrar a analizar la intervención quirúrgica y posteriores tratamientos, así como los consentimientos informados que firmó el reclamante con motivo de la realización de dicha operación.

A) Acerca de la supuesta negligencia médica en la realización de la intervención quirúrgica

La reclamación tiene su origen en la existencia de una supuesta negligencia médica, con motivo de la intervención quirúrgica a la que fue sometido el señor... el día 4 de mayo de 2016 en el Servicio de Traumatología- Unidad de Raquis de la..., realizándole descompresión y artrodesis L4-S1.

Es importante indicar que el reclamante padecía un cuadro de lumbociática crónica de más de 20 años de evolución, habiendo sido intervenido en 1998 en la... de hernia discal L3-L4 y L4-L5. Desde entonces, venía realizando un adecuado seguimiento de su patología lumbar en las consultas de la Unidad de Raquis, Traumatología y Cirugía por parte de los especialistas. Fue sometido a varios bloqueos, el último de ellos el 23 de octubre de 2015; a numerosas infiltraciones, tratamientos rehabilitadores y cambios en la toma de fármacos para paliar su dolor, incluso habiendo tenido ingresos hospitalarios por ese motivo.

Como antecedentes cabe destacar, igualmente, el informe del neurólogo doctor... de 7 de diciembre de 2005, que realiza un estudio neurofisiológico en el que refiere que el paciente “muestra una afectación radicular L5 derecha puesta de manifiesto por el déficit motor de características neurógenas crónicas. Así mismo existe una pequeña afectación de raíz S1 también derecha manifestada por una disminución de la amplitud del reflejo H y un aumento de su latencia con relación al reflejo H izquierdo. Neurológicamente se aprecia una abolición del reflejo rotuliano derecho que habla a favor de una afectación de raíz L4 y una clara disminución del reflejo aquileo derecho, expresión de lesión S1 derecha. En mi opinión existen pues signos de afectación de raíces L4, L5 y S1 todas ellas izquierdas siendo la más afectada la L5.”

Así mismo, la RM de 9 de enero de 2014, informa de fibrosis como consecuencia de hernia a nivel L3-L4 y L4-L5 con estenosis de canal en dichos niveles y la RM el 5 de noviembre de 2015, indica hemilaminectomía derecha de los niveles L3-L4 y L4-L5, canal estrecho absoluto congénito, ocupación del receso lateral izquierdo L4-L5 (recomendando completar estudio con gadolinio para diferenciar hernia discal y fibrosis postquirúrgica), desgarró del anillo fibroso L4-L5, protrusión discal global L5-S1 y cambios degenerativos en carillas articulares de los dos últimos niveles lumbares.

Se realiza otra RM lumbar el 22 de diciembre de 2015 que informa de “estenosis moderada del canal raquídeo en segmento L4-L5 por la hipertrofia degenerativa de los elementos del arco posterior, con compromiso de los forámenes de conjunción L4-L5 y L5-S1. A nivel L4-L5 visualizan cambios postquirúrgicos con hemilaminectomía parcial derecha e imagen de ocupación del receso lateral L5 derecho por tejido cicatricial y por la prociencia del anillo fibroso, visualizándose formaciones de tipo disco-osteofítico que se extienden en ambos forámenes con discreta compresión de ambas raíces de L4”.

Con todos estos antecedentes y ante la situación en la que se encontraba el paciente, el día 19 de febrero de 2016, acude a la consulta del doctor... de la Unidad del Raquis, por presentar dolor lumbar y ciático bilateral y dolor glúteo, refiriendo no haber paseado desde hace un mes. Se valora la RM lumbar última, en la que aparece hernia discal L4-L5 y L5-S1, estenosis de canal L4-L5-S1 y fibrosis epidural L3-L4 y L4-L5 por cirugía previa y se le plantea tratamiento quirúrgico consistente en recalibrage-distectomía L4-L5 y L5-S-1.

La intervención a don... se realizó tal y como estaba programada el día 4 de mayo de 2016, y consistió en “liberación del receso lateral y facetectomía parcial, realizándose asimismo una foraminotomía parcial bilateral con liberación del saco dural y de raíces L5 y S1, que se encuentran comprimidas gravemente y muy adheridas a la fibrosis epidural. Identificación del disco, comprobándose, herniación de tamaño moderado, subligamentaria, y que comprime las raíces, estando pegado a las mismas.

Durante la cruentación con el micromotor se produce durotomía incidental de 5mm de longitud, por lo que se completa la laminectomía, para tener un buen acceso y reparación de la misma (...) Identificación de pedículos, practicándose instrumentación pedicular L4-L5-S1 bilateral FIREBIRD. Control radioscópico correcto. Cruentación de articulares, transversas y alas de sacro con escoplo y micromotor. Se cubre con DUREPAIR. Injerto óseo procedente de restos de laminectomía, asociado a DBM-OPTECURE. Redón con cresta iliaca. Colocación minuciosa del injerto una vez preparado éste adecuadamente. Se pone 1 Cross-link. Exploración epidural final, quedando finalmente las raíces libres y móviles. Lavados exhaustivos. Hemostasia cuidadosa. Espongostan epidural. Redones profundo y superficial. Contaje de gasas y lentinas correcto. Cierre por planos”. Se envía muestra a anatomía patológica de los fragmentos de disco.

Según informa..., “la complicación producida parece deberse a la lesión de las raíces nerviosas L5, S1 y S2 durante la cirugía, reconociéndose la cirugía como dificultosa por la presencia de fibrosis epidural y discos herniados adheridos a las raíces nerviosas”. Sin embargo, la doctora especialista en cirugía ortopédica y traumatología que suscribe el informe, descarta mala praxis por parte del traumatólogo que intervino, toda vez que consta que realizó una exploración epidural final “quedando las raíces libres y móviles”, de lo que puede concluirse que la manipulación de estas raíces nerviosas fue correctamente realizada.

Por lo que respecta al diagnóstico y tratamiento de la complicación suscitada, fue precozmente diagnosticado el síndrome de cola de caballo postquirúrgico, instaurando inmediatamente tratamiento multidisciplinar, que el informe pericial califica de correcto; permaneció ingresado 6 meses para realizar tratamiento rehabilitador intensivo y completar pruebas diagnósticas, siendo valorado por el Servicio de Medicina Interna y de Urología, además de por el de Traumatología. Tras el alta hospitalaria se continuó tratamiento ambulatorio con un adecuado plan de seguimiento en consultas de rehabilitación y traumatología, siendo correctamente derivado a la unidad de dolor por la dificultad para el manejo del dolor neuropático en extremidades

inferiores, y a un centro especializado en tratamiento de lesiones medulares, al considerarse agotadas las posibilidades de mejora.

Finalmente, como se manifiesta en el informe de... “como es frecuente en esta complicación, persistieron secuelas importantes a pesar del tratamiento correcto: dolor neuropático, paraparesia en extremidades inferiores, alteraciones sensitivas y vejiga e intestino neurógenos”. El referido informe pericial dice que “en todo momento la actuación médica se ajustó a los protocolos de actuación reconocidas para este tipo de lesiones, las secuelas no pueden ser atribuidas a un incorrecto diagnóstico, seguimiento, indicación ni actuación médica o quirúrgica.” Por lo que, en definitiva, “la asistencia prestada a don..., por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en relación a la cirugía de columna lumbar realizada el 4 de mayo de 2016, fue acorde a la *lex artis*”.

De igual manera este Consejo considera que la actuación sanitaria fue correcta y acorde a la "*lex artis*", pues no nos encontramos ante una intervención quirúrgica inocua, ya que como indica el informe pericial “se trata de una complicación grave de la columna lumbar, que se produce por la lesión de las raíces nerviosas lumbares bajas y sacras. Ocurre en un 0,8-1,9% de los pacientes intervenidos de columna lumbar” aunque a veces hay incidencias de “hasta el 2,8% en la cirugía de descompresión por estenosis de canal lumbar”.

La causa de lesión de las raíces nerviosas, según refiere el informe de... “fue su manipulación para liberarlas del tejido cicatricial que las estaba comprimiendo y al cual estaban muy adheridas, según consta en la hoja de quirófano. Este gesto de liberación de las raíces era necesario para la mejoría de la clínica del paciente”.

Por lo tanto, estamos ante un riesgo previsible e inherente a la intervención, aún procediendo con arreglo a la adecuada técnica, como fue en este caso.

A todo lo dicho debemos añadir que la inexistencia de acreditación bastante acerca de una mala realización de la operación quirúrgica

efectuado, es un dato que impide considerar acreditada la responsabilidad sanitaria alegada. Hemos de añadir que por el reclamante no se ha aportado ningún informe pericial médico que sirva de referencia para analizar los informes médicos obrantes en el expediente y para contrastar el informe pericial de..., no entrando además su escrito de alegaciones a analizar la información médica puesta a su disposición.

Por tanto, consideramos que no ha quedado probado que en el presente caso exista un daño antijurídico que el interesado no tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Aunque no se hace ninguna referencia por el reclamante sobre el consentimiento informado, consideramos necesario en este caso hacer una referencia expresa al mismo.

B) Acerca del consentimiento informado

Uno de los elementos del concepto de *lex artis ad hoc* es precisamente el consentimiento informado, que ha sido definido por la jurisprudencia como "... el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario administrado, en virtud de la cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario información suficiente: en términos comprensibles, que le posibilita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de las decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, quedando configurado por vía jurisprudencial como elemento integrante del concepto de «*lex artis ad hoc*.»" (SSTS de 25 de abril de 1994 y de 24 de mayo de 1995).

El consentimiento informado tiene como fundamento constitucional el principio de autonomía de la persona para decidir sobre su integridad física, para "autodeterminarse"; facultades que en definitiva derivan del principio de libertad individual y de la dignidad de la persona, reconocido en el artículo 10.1 de la Constitución Española.

En nuestro caso, aparece el documento de consentimiento informado para “descompresión neurológica, instrumentación y artrodesis vertebral” del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de..., firmado por don... el día 19 de febrero 2016, obrante en los folios 135 a 137 del expediente. Se hace mención en el mismo a los siguientes apartados: identificación y descripción del procedimiento; objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar; y, en concreto, en el apartado 5, es donde se concretan de forma clara y concisa los riesgos y complicaciones de dicha intervención. Reproducimos las informaciones recogidas en el documento que se consideran que guardan relación con las complicaciones sufridas por el reclamante:

“c) Secuelas neurológicas que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico.”

Además en los párrafos finales del consentimiento se dice:

“He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento informado que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.”

Aparecen firmados más consentimientos informados de otros servicios del... y de la..., con motivo de la realización de diferentes pruebas y tratamientos efectuados al reclamante, que no es necesario mencionar por no tener relevancia en relación con las lesiones que nos ocupan.

Se ha cumplido por la Administración sanitaria con lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, al exigir en su artículo 8 el previo consentimiento del afectado, libre y voluntario, para toda actuación en el ámbito de su salud, una vez que recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones

propias de su caso. Y el artículo 4 recoge en los términos más amplios, el derecho de los pacientes a conocer toda la información, disponible, sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud.

En el supuesto aquí analizado, por tanto, el hecho de que haya acontecido, desgraciadamente, uno de los riesgos de la intervención quirúrgica, y, que el grado de éxito de la cirugía practicada no haya sido el esperado, no permite estimar o considerar que se haya producido un defecto en la obtención del consentimiento informado del paciente habida cuenta de la expresión de los riesgos generales y específicos del tipo de intervención a la que el señor... iba a ser sometido; según ha quedado reflejado, se hicieron constar las complicaciones generales y específicas del tipo de intervención quirúrgica a la que iba a ser sometido.

Para finalizar, reproducimos parte de la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011 de 28 de marzo, que dice:

“El consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal.

Ahora bien, para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos. De esta manera, el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan

estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación.

La información previa, que ha dado lugar a lo que se ha venido en llamar consentimiento informado, puede ser considerada, pues, como un procedimiento o mecanismo de garantía para la efectividad del principio de autonomía de la voluntad del paciente y, por tanto, de los preceptos constitucionales que reconocen derechos fundamentales que pueden resultar concernidos por las actuaciones médicas, y, señaladamente, una consecuencia implícita y obligada de la garantía del derecho a la integridad física y moral, alcanzando así una relevancia constitucional que determina que su omisión o defectuosa realización puedan suponer una lesión del propio derecho fundamental”.

Por todo ello, consideramos que el personal sanitario y el Servicio de la Unidad del Raquis y Traumatología de la... del... cumplió con la obligación de informar adecuadamente al señor... de todos los riesgos que entrañaba su intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma podían derivarse.

Por lo tanto la reclamación, sin necesidad de entrar en el capítulo de las indemnizaciones, 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 don...

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.