

En Logroño, a 17 de diciembre de 2009, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. José María Cid Monreal y D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, habiendo excusado su asistencia el Consejero, D. Pedro de Pablo Contreras, y siendo ponente D. Antonio Fanlo Loras, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**94/09**

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial iniciado por D. L. M. M., por los daños, a su juicio, causados a consecuencia de una operación de hernia discal que deriva en síndrome de cola de caballo.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

D. L. M. M., mediante escrito de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración, que tuvo entrada en el Registro General de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja el 14 de enero de 2009, solicita una indemnización de 350.328,55 euros, de los daños, a su juicio, causados a consecuencia del síndrome de cola de caballo originado por una intervención quirúrgica de hernia discal, realizada en el Servicio de Traumatología del Hospital *San Pedro*, del Servicio Riojano de Salud (SERIS).

En su escrito, refiere, en síntesis, que fue intervenido el 11 de abril de 2007 para realizar una discectomía, apareciendo, tras la misma, un síndrome de cola de caballo, que requirió nueva intervención quirúrgica el 18 de abril de 2007, para eliminar dos masas herniarias que disminuían espacio dural y comprimían el saco. Que, a consecuencia de estas intervenciones, padece síndrome de cola de caballo (paraparesia), con alteraciones de la sensibilidad, de esfínteres y disfunción sexual, determinantes de su incapacidad laboral absoluta reconocida por el INSS.

Considera que ha existido una *mala praxis* médica en las intervenciones quirúrgicas (error de tratamiento, falta de medios o de seguimiento, resultado desproporcionado) por

no haber retirado masas herniarias; por haber diseccionado parte de disco intervertebral y no haberlo retirado; por no haber previsto y/o actuado para evitar el hematoma que comprimió el tejido de la médula espinal y provocó la isquemia; por falta de actuaciones urgentes, como hubiera sido una reintervención quirúrgica inmediata, que hubiera evitado durante una semana el hematoma y el daño a la médula; en definitiva, que no se tomaron las precauciones y medidas necesarias para evitar dichos daños.

Considera, además, que hubo una falta de información por parte de los Servicios médicos que no le explicaron los riesgos de la operación, privándole de la posibilidad de decidir un tratamiento conservador o asumir el riesgo y no recuerda si *“pudo firmar algún impreso genérico de consentimiento informado previo a sendas intervenciones quirúrgicas”*, omisión que le privó de la posibilidad de ponderar la conveniencia de sustraerse a la operación evitando sus riesgos.

Refiere detalladamente las secuelas padecidas, cuya valoración lleva al importe de indemnización referido y aporta distintos documentos e informes médicos de la asistencia prestada en el SERIS y en otros Centros de la sanidad pública (Fundación Hospital de Calahorra, Hospital Universitario Central de Asturias).

### **Segundo**

El Secretario General Técnico, por delegación del Sr. Consejero, el 15 de enero de 2009, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución se comunica al interesado el 17 de septiembre (notificado a su representante el 21 del mismo mes), con indicación de lo establecido en la legislación del procedimiento común.

### **Tercero**

El Jefe del Servicio, el 16 de enero de 2009, solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, al Director Gerente de la Fundación Hospital de Calahorra y al Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), la información existente sobre la asistencia prestada, así como informe de los Facultativos intervinientes.

El mismo día, se traslada copia de la reclamación a A.G. y C., en cuanto Corredor del seguro suscrito por el SERIS con Z. E., Compañía de Seguros y Reaseguros, que acusa recibo de su recepción el 29 de enero.

#### Cuarto

El Secretario General del HUCA, mediante escrito de 30 de enero de 2009, remite la documentación de la asistencia prestada a D. L. M., entre el 3 y el 28 de febrero de 2008. Entre la diversa documentación remitida, consta informe de alta, suscrito por la Dra. C. A., con diagnóstico principal: «*Parapesia de predominio izdo. por lesión de cola de caballo. Incontinencia de esfínteres y disfunción eréctil por lesión de cola de caballo. Vejiga neurógena e intestino neurógeno en estudio*». Como diagnósticos secundarios: «*Los anteriormente descritos y cirrosis hepática con hipertensión portal, sin datos de descompensación. De etiología mixta*».

#### Quinto

El Director Gerente de la Fundación Hospital de Calahorra, mediante escrito de 2 de febrero de 2009, remite diversos documentos clínicos de la asistencia prestada al reclamante. Así, entre otros:

-Informe de Consulta externa de 21 de marzo de 2006 y RM de columna lumbar: Consta, en antecedentes, “*desde 27/10/2005: dolor lumbar de un año de evolución*”; en Exploraciones complementarias, consta: «*Cambios degenerativos discuales en los tres últimos niveles, con incipientes signos de osteocondrosis a nivel L5-S1. Protrusión discal y/o herniación subligamentosa posterior de predominio central, a nivel L3-L4 y L5-S1, sin aparente repercusión neurológica. Herniación posterior central y paramediano bilateral, emigrada en sentido caudal a nivel L4-L5, provocando una estenosis de canal a dicho nivel, con probable afectación de las raíces L5 bilaterales. Cambios degenerativos en articulaciones interapofisiarias*» (folios 71 y 72).

-Informe de seguimiento de 9 de octubre de 2006: se mantiene el juicio clínico de lumbalgia mecánica crónica, hernia discal migrada L4-L5, artrosis facetaria L4-L5 (27/10/2005), (Folio 73) por lo que «*el paciente solicita valoración de opciones quirúrgicas, derivó a Logroño*» (folio 74).

#### Sexto

La Gerente de Área Única, mediante escrito de 13 de marzo de 2009, remite informes suscritos por los Dres. P. L. y C. C., así como diversa documentación clínica relativa a la asistencia prestada al reclamante.

El informe del Dr. P. L. dice literalmente:

«*Paciente en tratamiento desde el día 28/11/2006, procedente del Hospital Fundación de Calahorra, donde estaba siendo tratado desde octubre de 2005 por lumbalgias crónicas. DIAGNÓSTICO: Hernia discal L4-L5 y artrosis facetaria L4-L5; Vistos los estudios que aporta es diagnosticado de Hernia discal L4-L5 extruida izda; Ante la falta de mejoría con los tratamientos médicos y rehabilitadores del Hospital de Calahorra, se propone tratamiento quirúrgico, exponiéndole dos posibilidades: la discectomía simple L4-L5 izda para liberar el nervio comprimido*

*o la artrodesis y laminectomía amplia con discectomía L4-L5, que liberaría el nervio e inmovilizaría las carillas articulares artóticas.*

*Se opta por la discectomía simple (que no quiere decir intervención sencilla ni exenta de posibles complicaciones), firmando en este momento el consentimiento informado para laminectomía más discectomía por hernia discal, copia del cual se le entrega firmado por mí y en el que consta una serie de posibles complicaciones, entre las que figuran: afectación de las estructuras internas médula espinal, lesión de algún nervio, hematomas, reproducción de la hernia discal por restos del tejido discal. Y que cualquiera de estas complicaciones puede requerir una nueva intervención.*

*El paciente, tras los estudios preanestésicos pertinentes, fue intervenido el día 11/04/2007 (desde que firmó el correspondiente consentimiento informado han pasado más de 4 meses, tiempo suficiente para leer, entender y pedir explicaciones sobre posibles dudas), practicando hemilaminectomía izda y discectomía L4-L5 izda, según técnica habitual y sin complicaciones durante el acto quirúrgico.*

*Durante el posoperatorio, presenta cuadro compatible con síndrome de cola de caballo, por lo que se consulta con Servicio de Neurología y se realizan estudios TAC y RMN, que informa de posibles restos seromas postquirúrgicos, formaciones osteofitarias y/o restos herniarios que, en conjunto, provocan una estenosis severa de canal medular y radicular, por lo que se propone nuevo acto quirúrgico, firmando el consentimiento informado correspondiente para artrodesis lumbar.*

*Con fecha 18/04/2007, se procede a nuevo tratamiento quirúrgico practicando artrodesis posterior con tornillos pediculares L4-L5-S1, eliminación del arco posterior de L5, eliminación de restos serohemáticos de la intervención anterior y nueva discectomía L4-L5 por el lado derecho, extrayendo dos restos discales. Revisión del disco L5-S1, que se encuentra protuido. La raíz L5 izda y el saco dural presentan un aspecto edematoso, estando libres de compresiones aparentes.*

*Posteriormente, ante persistencia del cuadro cola de caballo, sigue tratamiento por Servicio de Urología, que aconseja sondas permanentes controlado en Hospital de Calahorra.*

*Ante la persistencia de sus cuadros, ha sido remitido a Centros Especializados en lesiones medulares, como el Hospital Central de Asturias y el Hospital del Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo».*

En la documentación remitida, constan entre otros:

-Inclusión en lista de espera quirúrgica por hernia discal (discectomía), el 28 de noviembre de 2006 (folio 123).

-Consentimiento informado para laminectomía más discectomía por hernia discal, suscrito por el reclamante y el Dr. P. L., el 28 de noviembre de 2006 (folio 124 y 125).

-Consentimiento informado para instrumentación de columna y artrodesis vertebral, suscrito por el reclamante y el Dr. E. C., el 17 de abril de 2007.

-Informe del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, de 25 de noviembre de 2008. En la historia clínica, tras referirse a la discectomía y segundo tratamiento para retirar masas herniarias, consta que «Actualmente: locomotor.- hace marcha normal sin ortesis, sube y baja escaleras; carrera imposible. No hace tratamiento cinesiterápico desde hace un año. Actividades de la vida diaria.- Independiente

*en las actividades de la vida diaria. Aparato urológico.- Orina con sensación de replección vesical con incontinencia....disfunción eréctil.- No erecciones....diagnósticos: Síndrome de cola de Caballo», (folios 118-119).*

### **Séptimo**

La Instructora, mediante escrito de 2 de abril de 2009, solicita a Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones que la Inspección médica emita informe en relación con la reclamación presentada, que se cumplimenta el 22 de abril de 2009. En dicho informe, tras relatar los antecedentes fácticos más relevantes, concluye:

*«En base a los hechos reflejados y a la bibliografía consultada se desprenden la siguientes conclusiones:*

*1.- Según toda la documentación disponible en el expediente, D. L. M. M. fue informado de los riesgos que comportaba la intervención quirúrgica “laminectomía más discectomía por hernia discal” y, pese a conocer dichos riesgos, dio su consentimiento por escrito para que se llevara a cabo dicha intervención.*

*2.- Siempre según la documentación disponible y teniendo en cuenta además la información contenida en las Notas Evolutivas,...la intervención quirúrgica se llevó a cabo según la técnica habitual y sin complicaciones. No hay ninguna evidencia ni en toda la información aportada ni en la recabada por esta Inspección Médica de que durante dicho acto quirúrgico se cometiera negligencia alguna.*

*3.- Las primeras 48 horas del post operatorio transcurren sin incidencias, pero, el día 13 de abril, se detecta por primera vez, clínica sugestiva de cuadro compresivo, a saber, ‘incontinencia de esfínteres y anestesia EII’.*

*4.- El 14 de abril de 2007, se solicita TAC (Tomografía Axial Computerizada), que se realiza el mismo día 14. La TAC muestra estenosis del canal central y de los canales radiculares. Establece como causa probable la presencia de un serosa posquirúrgico.*

*5.- Aunque se opta por un tratamiento conservador con antiinflamatorios, el 15 se solicita una Interconsulta con Neurología, Interconsulta que se realiza el mismo día 15, como está documentado en el expediente y en la que se decide realizar una nueva prueba, esta vez una resonancia magnética.*

*6.- La resonancia magnética se realiza el día 16 de abril y se detecta la presencia de un hematoma y la posibilidad de restos herniarios. Tanto el hematoma como los restos herniarios se confirman en la intervención quirúrgica que se lleva a cabo el día 18 de abril de 2007.*

*7.- No hay ninguna evidencia de que se cometiera negligencia alguna durante las intervenciones quirúrgicas a que fue sometido D. L., mientras que sí queda documentado el que, tan pronto como se detectan los primeros síntomas sugestivos de una complicación posquirúrgica, se actúa, realizando pruebas complementarias e iniciando tratamiento conservador, primero, y, transcurridas 24 horas, solicitando nuevas pruebas, que conducen a nuevos hallazgos que, a su vez, hacen necesaria una nueva intervención.*

8.- Tanto la presencia de lesiones medulares o nerviosas, la formación de hematomas posquirúrgicos o la reproducción de la hernia por restos de tejido discal, son riesgos típicos de la laminectomía más discectomía por hernia discal. El que D. L. sufriera estas complicaciones no puede, por tanto, atribuirse a un acto médico contrario a la *lex artis*, toda vez que, como ya se ha manifestado en puntos anteriores, no se ha demostrado el que se produjeran negligencias durante las intervenciones quirúrgicas que se llevaron a cabo los días 11 y 18 de abril de 2007.

*Si bien no se puede cuestionar que las secuelas que sufre D. L. están relacionadas con la intervención quirúrgica realizada el 11 de abril de 2007, no es menos cierto que no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado a la paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario».*

En el *Listado de Notas*, tras intervención quirúrgica el día 11/04/2007, finalizada a las 15 h, consta, entre otras, las siguientes:

El 13/04/2007, a las 9:12 horas «refiere incontinencia de esfínteres y anestesia EII» (folio 154); el mismo día, a las 2:31 h, «se levanta al sillón y aguanta bien, no ha caminado. Ponemos pañal por incontinencia fecal»; día 14/04/2009, a las 10:59 h, en Evolución médica: «Pido TAC urgente. Seguir con el mismo trat. En el TAC no se aprecia compromiso tecal. Explico a paciente y familia que se trata de un proceso irritativo que está siendo tratado con antiinflamatorios de forma adecuada»; el mismo día, a las 13:05 h: «se levanta al sillón y se da andador para ayuda deambulación. Pedida resonancia, lo citan para el lunes, piden TAC urgente para hoy. Pasa la mañana sin incidencias. Se hace cura de urgencias»; mismo día, a las 18:06 h: «hecho TAC y visto por Traumatólogo, parece normal. Habla con el paciente, se levanta y camina»; el día 15/04/2009, a las 02:04 h: «refiere encontrarse mejor»; mismo día, a las 13:11 h: «se modifica tto, se hace h. de c. a neurología urgente, pasa la mañana sin incidencias, caminando»; mismo día, a las 18:38 h: «visto por Neurología, mañana RM, comenzamos tto con gabapentina, pasa bien la tarde, camina bastante por la Unidad»; día 16/04/2009, a las 07:01h: «sin cambios»; mismo día, a las 11:34 h: «le hacen RM, camina por el pasillo»; mismo día, a las 21:38 h: «pasa la tarde sin incidencias, ha hablado con el Traumatólogo. Ha caminado»; día 17/04/2009, a las 14:48: «Neurología: veo por Selene la RM, donde aparece causa compresiva (hematoma parece más probable que material discal) que justifica la clínica del paciente, por lo que el único tratamiento posible es la descompresión urgente/muy preferente, debido a la presencia de incontinencia y debilidad discal de 1 semana de evolución»; el mismo día 18:51h: «Tras valoración de la resonancia se decide intervención quirúrgica mañana por la mañana. Persiste la incontinencia urinaria y estreñimiento. El paciente no evoluciona peor, pero tampoco avanza en su mejoría por lo que se decide practicar intervención quirúrgica para descompresión del canal» el 18/04/2007, nueva intervención quirúrgica que ha finalizado a las 15 hora (folios 152-157).

## Octavo

Se ha incorporado al procedimiento un dictamen médico redactado para D. I&I SL, Asesoría Médica, por los Dres. R. A., M. G. y R. D., Especialistas en Traumatología y Ortopedia, los dos primeros, y en Cirugía Plástica y Reparadora y en Cirugía de la mano y nervios periféricos, el tercero; a instancia de Z. E., Compañía de Seguros y Reaseguros, Aseguradora del SERIS. Tras un pormenorizadísimo relato fáctico y las consideraciones médicas sobre el síndrome de cola de caballo (compresión de las raíces nerviosas en la base de la columna vertebral, que determinan la sensación y funcionamiento de la vejiga, intestinos, órganos sexuales y piernas), que constituye una emergencia médica, que

requiere cirugía en el intervalo más corto posible, una vez diagnosticada su existencia, no siempre evidente, para aliviar la presión sobre los nervios, pues podría perderse la función debajo de la cintura. Las conclusiones señalan:

*«1. D. L. M. M. presentaba un cuadro de hernia discal L4-L5 sobre columna artrósica (espondilosis), que no cede al tratamiento conservador, por lo que precisó de hemiaminectomía y discectomía.*

*2. En el postoperatorio inmediato, presentó un síndrome de cola de caballo para cuyo diagnóstico se realizó TAC con resultado negativo y RM que indicó resto de disco en canal medular y hematoma post-laminectomía. Los restos de disco hacían compresión sobre el saco dural. El síndrome de cauda equina es un síndrome isquémico.*

*3. Fue reintervenido al séptimo día, extirpando restos discales y siendo necesario realizar artrodesis para evitar la inestabilidad de la columna. La evolución post-quirúrgica cursó sin incidencias. El paciente mantuvo los signos de alteración sensitiva y alteraciones de esfínteres.*

*4. El paciente tuvo un seguimiento continuado. Se pidió Interconsulta a la ULME del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, hizo rehabilitación en el HUCA de Oviedo y fue visto por el problema urológico en el Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo.*

*5 La aparición de un síndrome de cola de caballo es una alteración neurológica que puede aparecer como complicación de la cirugía de la columna vertebral. No ha existido mala praxis y se ha actuado según lex artis».*

## **Noveno**

La Instructora da trámite de audiencia al representante del interesado el 29 de junio de 2009, notificado el 4 de julio siguiente, que comparece y acredita su representación mediante escritura pública. Solicita copia de la documentación del expediente y presenta alegaciones mediante escrito registrado el 17 de julio de 2009. Reitera en su escrito de alegaciones la existencia de una mala asistencia, consecuente con un error terapéutico con un daño desproporcionado, mala praxis que identifica tanto en la primera como en la segunda de las intervenciones quirúrgicas.

## **Décimo**

La Instructora, el 20 de octubre de 2009, formula Propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios.

Para la Propuesta de resolución, la reclamación presentada no reúne los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial, pues las secuelas derivadas de la asistencia sanitaria prestada no significan que ésta haya sido inadecuada y, por tanto, el daño no es imputable al servicio público sanitario, pues los Facultativos han actuado de conformidad con la *lex artis*, siendo el daño un riesgo inherente al proceso

médico al que el paciente está sometido, riesgo del que fue informado anticipadamente a la realización de las intervenciones quirúrgicas.

Remitida la Propuesta de resolución para informe de los Servicios Jurídicos, el 27 de octubre de 2009, éstos informan favorablemente la desestimación el 30 de octubre siguiente.

### **Décimo primero**

A la vista de ciertas aparentes contradicciones en los datos del *Listado de Notas evolutivas*, el Letrado-Secretario General, a instancia del ponente, solicita telefónicamente al Dr. L. E., Jefe de Archivos de Historias Clínicas; al Dr. D. V. R., Jefe del Área de Diagnósticos por Imagen; y al Dr. F. M. R. D., Traumatólogo, la aclaración de la información relacionada con la RNM y el TAC que se piden e informan el día 14 de abril de 2007. De la información complementaria recibida, de la que queda diligencia en el expediente consultivo, resulta lo siguiente:

-A las 10,59 h., el Traumatólogo Dr. D. F. R. D., constata en la *Nota de Evolución médica hospitalaria* que ha solicitado la realización urgente de una TAC y constata que, en la misma, no se aprecia compromiso tecal (fol. 154 del expediente consultivo), según nota aclaratoria posterior.

-A las 12,49 h., se registra de entrada en el Servicio de Radiología del Hospital *S. Pedro* la petición de realización de una TAC (información verbal del Dr. L. E., una vez consultados los datos informáticos a los que tiene acceso). Dicho Servicio es atendido por una empresa privada contratada al efecto (información verbal facilitada por el Dr. D. V. R. Viguera).

-A las 13,05 h., se reseña en las notas de Enfermería la petición de la TAC urgente (fol. 155 del expediente consultivo).

-A las 16,30 h., la TAC se realiza en el Hospital *San Pedro* por E. R., S.L., empresa privada concesionaria de dicho Servicio, que envía los datos a su central en Valencia (información verbal del Dr. L. E., una vez consultados los datos informáticos a los que tiene acceso). El informe radiológico de la TAC, firmado por el Dr. F. M., en el Centro de Valencia, se incorpora a la aplicación informática *Selene*, lo que permite que, a las 17,48, el informe pueda ser consultado por el Dr. R. D. (información verbal facilitada por él mismo).

-A las 18,06 h., se reseña en las *Notas de Enfermería* que la TAC se ha hecho y ha sido vista por el Traumatólogo y parece normal (fol. 155 del expediente consultivo).

-El informe escrito del TAC es remitido por fax al Hospital *San Pedro*, de lo que se deja constancia en la anotación hecha a las 19,31 horas, si bien su contenido es el mismo que el cargado en la aplicación *Selene* y que ya había sido visto por el Traumatólogo, Dr. R. D.

En relación con las anotaciones relativas a la actuación del Dr. R. D., Traumatólogo, éste ha remitido un nuevo informe aclaratorio, el día 15 de diciembre de 2009, en el que indica:

*«El día 14-4-07, a las 10,59 y durante el pase diario matutino de visita, aprecio que la evolución del paciente requiere de alguna prueba complementaria, dado que la evolución no es del todo satisfactoria. Por ello, solicito una resonancia magnética urgente. Me avisan que la citada prueba se la harán el 16-4-07, por lo que decido solicitar una tomografía axial de forma urgente, con el fin de descartar algún proceso agudo que esté interfiriendo en la evolución.»*

*El mismo día 14-4-07, se practica el TAC y veo el informe radiológico a través del sistema informático Selene, a las 17,48 horas, según se refleja en el citado sistema.*

*El resultado es el de la existencia de un seroma postquirúrgico propio de toda intervención quirúrgica y la ausencia de componente mecánico responsable. Ante esta situación clínica en el tercer día postquirúrgico, la actuación médica correspondiente es el tratamiento AINE y la reevaluación continua del proceso.*

*Así lo dejo reflejado en la nota evolutiva creada a las 10,59 y modificada a las 18,01, donde, además, indico que se informa de todos los datos a pacientes y familiares.*

*Al parecer, a las 19 horas, llegó a este Hospital el informe del TAC, pero, vía Selene, tuve acceso a la misma a la hora arriba indicada».*

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito de 3 de noviembre de 2009, registrado de entrada en este Consejo el 11 de noviembre de 2009, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

Mediante escrito de fecha 11 de noviembre de 2009, registrado de salida el 12 de noviembre de 2009, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo**

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto, pero no resulta aplicable al supuesto dictaminado por tener que atender, según la doctrina mantenida por este Consejo a raíz de la modificación operada por la citada Ley 4/2005, de 1 de junio, a la norma vigente al tiempo de concluir el trámite de audiencia. Al ser la cuantía de la reclamación superior a 6000 euros, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

## Segundo

### **Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la Responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.**

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4º.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, desarrolladas por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de

septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas por el sistema sanitario público y las aptitudes de los profesionales sanitarios, no podemos soslayar nuestra condición perezosa como seres vivos. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo y por lo general, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y *no de resultados*, dado que no es posible garantizar de manera absoluta la curación y sanidad de los pacientes. De manera que –como hemos señalado en múltiples dictámenes- siempre que la Administración sanitaria haya puesto los medios necesarios de acuerdo con los protocolos de actuación y sus profesionales actuado de conformidad con la *lex artis ad hoc* no será posible imputar a la Administración el daño generado o concomitante a la prestación sanitaria.

### **Tercero**

#### **La inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso**

En el presente caso estaríamos –según el escrito inicial del reclamante y las alegaciones presentadas en el trámite de audiencia por su representante- ante una mala praxis médica en las dos intervenciones quirúrgicas (por no haber retirado las masas herniarias, por haber diseccionado parte de disco intervertebral y no haberlo retirado; por no haber previsto y/o actuado para evitar el hematoma que comprimió el tejido de la médula espinal y provocó la isquemia; por falta de actuaciones urgentes, como hubiera sido una intervención quirúrgica inmediata que hubiera evitado el hematoma y el daño a la médula), causante del síndrome de cola de caballo, con las graves secuelas que padece.

Según la Propuesta de resolución, la reclamación presentada no reúne los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial, pues las secuelas derivadas de la asistencia sanitaria prestada no significan que ésta haya sido inadecuada y, por tanto, el daño no es imputable al servicio público sanitario, pues los Facultativos han actuado de conformidad con la *lex artis*, siendo el daño un riesgo inherente al proceso médico al que el paciente está sometido, riesgo del que fue informado anticipadamente a la realización de las intervenciones quirúrgicas.

Pues bien, a la vista de la documentación obrante en el expediente, este Consejo Consultivo considera bien fundada la Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación, pues, la actuación de los Facultativos en las dos intervenciones quirúrgicas se ha ajustado a la *lex artis* y el daño concomitante (síndrome de cola de caballo) es un riesgo típico propio de estas delicadas intervenciones, riesgo asumido por el reclamante, expresado en el consentimiento informado que voluntariamente firmó (folios 124-125), una vez que habían fracasado los tratamientos conservadores aplicados en la Fundación

Hospital de Calahorra y tras solicitar personalmente valoración de opciones quirúrgicas al Servicio de Traumatología del Hospital *San Pedro* al que fue remitido (folio 74). Si el daño es concomitante a la intervención quirúrgica, no cabe desechar como concausa del mismo la propia evolución de la artrosis degenerativa lumbar padecida desde 2005.

En modo alguno el reclamante ha aportado prueba acreditativa de la mala praxis médica que alega, pues sus afirmaciones no son sino una valoración no técnica de la información clínica documental de las intervenciones quirúrgicas, contradicha por la documentación e informes incorporados al procedimiento o a petición de este Consejo Consultivo. Basta la lectura del informe del TAC realizado el 14 de abril de 2007, transcrito en el informe de la Inspección Médica (folio 149); del informe de la Resonancia Magnética realizada el 17 de abril de 2007; del informe del Dr. P. L., Facultativo que realizó la intervención (folios 113-114); del dictamen médico pericial aportado por la Aseguradora del SERIS para descartar –como alega el reclamante– que no se hayan «retirado masas herniarias» o por «haber diseccionado parte de disco intervertebral y no haberlo retirado», como si ello fuera un olvido o mala *praxis* médica. Y es que, de acuerdo con un criterio de mínima intervención, en la primera intervención se practica una «hemilaminectomía *izquierda* y discectomía L4-L5 *izquierda*», y, en la segunda intervención, más compleja se practica una «Artrodesis posterior con tonillos pediculares L4-L5-S1, eliminación del arco posterior de L5, eliminación de restos serohemáticos de la intervención anterior y nueva discectomía L4-L5 por el lado *derecho* extrayendo dos restos discales».

En cuanto a la afirmación del reclamante de que no se previó o no se actuó para evitar el hematoma que comprimió el tejido de la médula espinal causante de la isquemia mediante una actuación urgente (urgencia que los protocolos médicos consideran imprescindible para evitar secuelas como el síndrome de cola de caballo, en los plazos perentorios de los que da cuenta el informe de D.), hemos de señalar que la formación de hematomas posquirúrgicos constituye un riesgo típico de la laminectomía más discectomía por hernia discal, cuyo tratamiento conservador se hace con antiinflamatorios, antes de proceder a la intervención quirúrgica, como así resulta del informe aclaratorio realizado por el Dr. R. D.

En cuanto al hipotético retraso en realizar la segunda intervención quirúrgica para liberar la estenosis, el seguimiento del *Listado de Notas* del proceso asistencial realizado (folios 152-157) permite constatar que las pruebas solicitadas y realizadas y el tratamiento dispensado a partir del día 14 de abril de 2007 (Resonancia magnética que no se puede realizar ese mismo día por claustrofobia y se aplaza al día 16 de abril, y TAC realizado el mismo día informado por Facultativo Radiólogo de E. R. y valorado por el Traumatólogo) en relación a un presumible síndrome de cola de caballo (diagnóstico que se confirmará al final), se acompasaron a la sintomatología presentada por el paciente, una vez aparecida una inicial «incontinencia de esfínteres y anestesia EII», el 13 de abril de 2007.

Así, el Dr. R. D., Traumatólogo, el día 14 de abril, sábado, en su pase matinal, solicita una RNM, que no puede realizarse por claustrofobia del paciente (y que, finalmente, se realizará el lunes, 16 de abril), y, ante esta circunstancia, pide un TAC urgente, que se realiza a mediodía y se informa por la tarde; su contenido lo visualiza desde la aplicación informática *Selene*; y, ante la indicación de «*probable seroma postquirúrgico...favoreciendo...estenosis severa tanto de canales radicales como de canal central*», introduce una anotación complementaria a la realizada a las 10,59 indicando («*no se aprecia compromiso tecal*») y mantiene el tratamiento conservador con antiinflamatorios e informa al paciente y familiares; esa misma tarde el paciente «se levanta y camina»; el día siguiente, 15 de abril, domingo, de madrugada, «*refiere encontrarse mejor*»; «*pasa la mañana sin incidencias, caminando...pasa bien la tarde, camina bastante por la unidad*»; el día 16 de abril, lunes «*le hacen la RM, camina por el pasillo*» y «*pasa la tarde sin incidencias, ha hablado con el Traumatólogo, ha caminado*»; el 17 de abril, a las 14:48, ante el informe de la RM que constata «*causa compresiva (hematoma parece más probable que material discal) que justifica la clínica del paciente, por lo que el único tratamiento posible es la descompresión urgente/muy preferente debido a la presencia de incontinencia y debilidad distal de 1 semana de evolución*» que suscribe la Dra. S. P. (aunque es inexacta la duración de la evolución que no es una semana sino cinco días); esa misma tarde, a las 18:51, el Dr. B. H., confirma la intervención quirúrgica para el día siguiente, al persistir la incontinencia urinaria y estreñimiento, dado que el «*paciente no evoluciona peor, pero tampoco avanza en su mejoría*», el día 18 de abril se realiza la intervención quirúrgica de descompresión del canal que, sin embargo, no corregirá el síndrome de cola de caballo.

No cabe, por ello, hablar de mala *praxis* médica como explicación del daño producido, sino de un riesgo típico en esta clase de intervenciones quirúrgicas, extraordinariamente delicadas por la posible afección al sistema nervioso, daño explicable, además, por la propia evolución de la enfermedad de base padecida (protrusiones discales degenerativas en zona lumbar, formaciones osteofitarias), constatadas antes y después de la intervenciones quirúrgicas, como se recoge en sus antecedentes clínicos, y constatan, en particular, las RM de columna lumbar, realizadas por la Dra. C., el 13 de marzo de 2006 (folio 130) y el 27 de junio de 2008 (folio 30-31), esto es, antes y después de las intervenciones.

En consecuencia, el daño concomitante a la intervención quirúrgica y al que ha contribuido el propio proceso evolutivo de la enfermedad no puede ser imputado a la Administración sanitaria, pues su obligación, contrapartida del correspondiente derecho de paciente a las prestaciones sanitarias, es *de medios* –y éstos se han puesto, como ha quedado acreditado en el procedimiento– que *no de resultados*, resultados satisfactorios que lamentablemente no se han alcanzado en el presente caso. Pero ese daño objetivo constatado en modo alguno puede imputarse a la Administración sanitaria.

## **CONCLUSIONES**

### **Primera**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por D. L. M. M., por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios.

Este es nuestro dictamen que, por unanimidad, pronunciamos, emitimos y firmamos en el lugar y fecha expresados al principio.

Joaquín Espert y Pérez-Caballero  
Presidente

Antonio Fanlo Loras  
Consejero

José M<sup>a</sup> Cid Monreal  
Consejero

M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana  
Consejera

Ignacio Granado Hijelmo  
Letrado-Secretario General