

En Logroño, a 28 de julio de 2014, 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. Pedro de Pablo Contreras, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios y D. José Luis Jiménez Losantos, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. José Luis Jiménez Losantos, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

35/14

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a I.P., por daños y perjuicios que entiende causados, tras ser tratada en el SERIS de una lumbociatalgia y posterior laminectomía, más discectomía y colocación de dispositivo interespinoso, por hernia discal de L3-L4; y que valora en 200.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

La reclamación presentada tuvo entrada, el 11 septiembre 2013, en el Registro de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de La Rioja. Dicho escrito adolecía de deficiencias en la documentación que decía acompañar y que no aportaba, y en la falta de fijación de la cuantía reclamada. Requerida su subsanación, se llevó a efecto el día 8 octubre 2013: i) fijando la cuantía reclamada, en el propio escrito y de forma manual, en la suma de 200.000 euros, sin más especificaciones; ii) otorgando apoderamiento la reclamante a la Letrada firmante para que la representase, en ese mismo acto; iii) aportando lo que, en el escrito de reclamación se denominaba (cfr. Hecho Cuarto) como “...un informe médico facilitado en atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro el día 3 noviembre 2012...”, cuando, en realidad se trataba de un informe de asistencia en el Servicio de Urgencias, sobre la prestada a la reclamante en dicho día.

Segundo

Llevadas a cabo las subsanaciones indicadas, la Consejería de Salud y Servicios Sociales dictó la Resolución de 8 octubre 2013 –notificada el siguiente 10 octubre–, en cuya parte dispositiva, se resolvía tener “...por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del día 8-10-2013, día en que ha tenido lugar la subsanación, con el fin de determinar si procede indemnizar...” a la reclamante; y se designaba Instructora del procedimiento.

Tercero

En el relato fáctico de la reclamación, de forma resumida y en cuanto a los datos más relevantes en lo que a este dictamen se refiere, la Letrada señala que su representada:

“...Trabajaba como empleada de servicio doméstico en el domicilio de D^a N.A., Fisioterapeuta (sic; en realidad, Médico Rehabilitador) y de D. M.M., (Médico) Traumatólogo...”, (que, con una antelación de) seis meses, (la paciente) le comentó a D^a N.A. que sufría dolores en la espalda, en la muñeca y en la pierna. Ella misma ... le recomienda que se realice radiografías y que se dirigiese al CARPA, en Logroño. También le es aconsejada una resonancia por parte de su empleadora, la cual es realizada en el centro del Dr. Y... Cuando mi representada tuvo todos los resultados, se los mostró a su empleadora, la cual le comentó que padecía artrosis. Le recetó antiinflamatorios y mi patrocinada siguió trabajando...”.

“...El lunes de la última semana de octubre de 2012, sintió un dolor muy grande en la zona lumbar al hacer la cama, vino y se fue. Así continuó toda la semana sin sentir dolor, hasta el viernes por la tarde, que empezó otra vez el dolor y fue tan fuerte que no se podía agachar ni girar, no podía moverse... El sábado 3 de noviembre por la mañana, como aún continuaba el dolor, se dirigió a (Servicio de) Urgencias, le realizaron un análisis y una placas y diagnostican lumbociatalgia, le recetaron diclofenaco, myolastan, omeprazol y reposo en cama durante 5 días... Ese domingo [se ha de entender, el siguiente día 4 noviembre] mi hija le informo a mi jefa que me encuentro muy mal y que debo de estar en reposo. N.A. me llama y me dice que tengo que ir al Hospital San Pedro el día 6-11-12 a la consulta del Dr. M.M.. Me pautó 5 inyecciones y diclofenaco. Por la tarde, la misma N.A. me llama para que acuda al CARPA el día 8-11-12, porque le iban a realizar una infiltración...”.

“... (la paciente) acudió a la cita que se le indicó telefónicamente, al Dr. M.M., para la infiltración, a las 12.00 de la mañana; al salir, a los 15 minutos, no sentía nada, no tenía fuerza para apoyar el pie y no podía mover la pierna. En ese momento, no le da mucha importancia porque el Dr. M.M. le advirtió que iba a sentir dolor. Asimismo, a D^a N.A., le advirtió de los dolores que sintió, pero le dice que es normal y así siguieron durante 4 días y sin poder andar, ya que la pierna la tenía totalmente dormida,... Al cuarto día, D^a N.A. le cita en el ambulatorio donde trabaja [sic., trabajo], en General Espartero, y es ahí donde dijo que tenía algo importante y que su marido la tenía que operar. Esa misma tarde, llama D^a N.A. a [sic., y] mi representada para decirle que debe de acudir al Hospital San Pedro, porque deben de operarla y asimismo le dijo que en (el Servicio de) Urgencias debía de decir que le dolía la pierna; pero la realidad era que no la sentía, la tenía dormida y no podía ni apoyarla...”.

“...Ingresaron a (la paciente), el 12-11-2012, a las 17,52 horas; y, dos días después, seguía en el box porque no había camas libres. Pasados esos dos días, le ingresaron en una habitación y le visitó un Médico al que le dice que no siente la pierna, que no puede ni mover ni apoyar y que siente la pierna fría, casi helada. Este Dr. salió de la habitación y, en ese momento entró el Dr. M.M., que le preguntó cómo se sentía, a lo que ella respondió que muy mal desde la infiltración. ... Al rato, le comentaron que, primero, realizarían una resonancia, para, después, operar de urgencia. El informe de la operación dice que le operaron de hernia discal L3-L4, realizando minectomía e introducción de espaciador interespinoso... Cuando despertó de la operación, sintió la columna y la pierna con mucho dolor. No podía apoyarla en el suelo, es un dolor muy fuerte, tampoco podía caminar, lo hacía con andador... El 30-11-12, se le recomendó rehabilitación en la piscina... El día 9 de enero, cuando acudió a la revisión, le comunicaron que debía seguir con ejercicios en la piscina. A día de hoy, sigue con muletas, con dolor en la pierna. Camina unos pocos pasos y se tiene que detener, ya que no es posible continuar la marcha mucho tiempo ni estar mucho tiempo sentada por el dolor de espalda...”.

Tras ese relato de hechos, en el fundamento jurídico Tercero, manifiesta que, “... **La base que sustenta mi pretensión ... radica en entender que la asistencia recibida ha sido inadecuada ya que ... se le infiltró en la columna vertebral y, a resultados de tal intervención, se le produjo una hernia discal, que antes no padecía...**”. A continuación, cita diversas Sentencias del Tribunal Supremo sobre el concepto del daño desproporcionado.

El resto de fundamentos jurídicos inciden sobre el carácter objetivo de la responsabilidad de la Administración Pública, en cuanto que consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de los servicios públicos.

Cuarto

La Instructora del procedimiento dirigió solicitud a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, el 10 octubre 2013, solicitando la remisión de cuantos antecedentes, datos e informes de interés existiesen en relación con la asistencia sanitaria prestada a la reclamante en los Servicios de Urgencias y Traumatología; copia de la historia clínica, de la asistencia reclamada exclusivamente; e informe de los Facultativos intervinientes, sobre la asistencia prestada y la situación, en aquella fecha, de la paciente.

Dicha solicitud fue cumplimentada con fecha 19 noviembre 2013. En la historia clínica aportada, consta, entre otros documentos, el consentimiento de la reclamante a la realización de una laminectomía, más discectomía por hernia discal, junto con la declaración de haber sido informada de las ventajas e inconvenientes de tal acto médico, que se recogen en el cuerpo del escrito suscrito en fecha 14 de noviembre de 2012, junto con igual consentimiento a la realización de anestesia general y locorregional, en escrito de igual fecha.

Asimismo, la Instructora puso en conocimiento de la Compañía aseguradora del SERIS la existencia de la reclamación, con remisión de la documentación facilitada por la Dirección del Área de Salud de La Rioja. Dicha Compañía encargó un informe pericial al Dr. D. P.M.G.-P.A., Licenciado en Medicina y Cirugía y Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, el cual, elaborado el 30 de diciembre 2013, se incorporó al expediente administrativo. Dicho informe, tras la descripción resumida de los hechos, indica lo siguiente:

*“Descripción de la praxis aplicable al caso: ... La técnica de infiltración epidural consiste en inyectar un antiinflamatorio esteroideo (derivado de la cortisona), bien solo, bien mezclado con algún anestésico local, en el canal medular, en la zona que rodea las membranas que envuelven la médula y las raíces nerviosas. Esta zona se denomina “espacio epidural”. **El objetivo de esta técnica es reducir la inflamación**, especialmente de las raíces nerviosas, y mejorar, por tanto, el dolor. No se trata de una técnica dirigida a curar directamente una hernia discal o una estenosis de canal...*

***Fundamento teórico.** La inflamación de la raíz nerviosa, a veces provocada por su compresión, es la causa de la aparición del dolor irradiado. Los derivados de la cortisona tienen un efecto antiinflamatorio muy potente, aunque sus riesgos y contraindicaciones impiden administrarlos de forma continuada por vía general. Además, cuando se administran por vía general, sólo tiene efecto la parte de la dosis administrada que, a través de la sangre, alcanza los territorios inflamados. Para aumentar la eficacia de su efecto antiinflamatorio y disminuir sus riesgos, en la infiltración, se colocan los esteroides en el espacio dural, de forma que tienen un efecto local potente y menos efectos secundarios. Así se conseguiría desinflamar la raíz nerviosa y mejorar el dolor irradiado...*

***Indicaciones:** Las recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible no incluyen las infiltraciones epidurales en el protocolo de manejo del dolor de espalda. En base a los estudios realizados, **puede tener sentido contemplar su uso para el alivio transitorio del dolor en pacientes con ciática**, en los que el dolor es intenso y resiste a los demás tratamientos, y no existen indicaciones para operar, por el momento ... **En nuestro caso**, y en base a estas consideraciones se deduce que la praxis llevada a cabo con esta paciente ha sido correcta, ya que la indicación de proceder a realizar una infiltración epidural era adecuada y, en absoluto, **nunca esta técnica puede provocar la aparición de una hernia discal**, ya que se practica con una aguja de fino calibre y lo único que se hace es depositar el antiinflamatorio sobre la zona, el disco intervertebral, esté herniado o no, no se toca... La infiltración epidural no dio el resultado esperado, lo que podía perfectamente ocurrir, ya que la paciente reunía criterios de tratamiento quirúrgico, pero el intentar esa terapia fue una decisión correcta y ajustada a lex artis. Al no conseguir buena respuesta del dolor, se decidió llevar a cabo la cirugía, sin mayor demora, previa realización del RM urgente. Correctísimo...*

Conclusiones médico-periciales:

1.- (La paciente) presentaba síntomas y signos compatibles con la presencia de una hernia discal desde el mismo día 3/11/12, fecha en que fue vista por vez primera en el Hospital San Millán-S. Pedro, una vez que llevaba algunos días con lumbociatalgia izquierda, que le apareció mientras hacía una cama.

2.- Tras un tratamiento conservador inicial, se pasó a realizar una infiltración epidural, como medida analgésica indicada y muy efectiva en la mayoría de casos, pero que en ella no dio el resultado deseado.

3.- Al persistir los signos de afectación radicular (déficit de flexión dorsal del tobillo-pie izquierdo) se realizó una RM urgente, donde se apreciaba la existencia de una hernia discal, a nivel L3-L4 central, y que producía compromiso de espacio bilateralmente. Ante este resultado, y antes de que la afectación neurológica empeorase más, se decidió realizar intervención quirúrgica, tan solo una semana después de la infiltración, mediante laminectomía, discectomía y colocación de espaciador interespinoso.

4.- Tras un período de recuperación y rehabilitación, durante el que le apareció una afectación radicular de L5 izquierda, que posteriormente se recuperó de forma total, la paciente mejoró casi totalmente (se comenta que seguía presentando algo de lumbalgia) ...”.

Quinto

La Instructora, por escrito de 21 noviembre 2013, solicitó a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia informe, a elaborar por el Médico Inspector que correspondiese, el cual, emitido el 7 abril 2014, le fue remitido por escrito de igual fecha. En dicho informe, como relevante a efecto del presente dictamen, en el apartado “**discusión científico-técnica**”, se indica que:

“... Sostiene en su reclamación que existe negligencia médica, y la concreta, sobre todo, en relación con la infiltración de la columna lumbar. Esta técnica conocida como infiltración de las articulaciones interapofisarias o bloqueo facetario, consiste en infiltrar, a través de una aguja específica para ello, medicamentos, principalmente antiinflamatorios corticoideos, y/o anestésicos locales, sobre la zona que se sospecha inflamada, en este caso, en la zona lumbar epidural. La zona conocida como espacio epidural, es la zona que rodea las membranas y que envuelve a la médula espinal y a las raíces nerviosas. Su objetivo, es intentar reducir la inflamación de las raíces y con ello disminuir el dolor. No tiene nada que ver ni con el origen ni con el tratamiento de los procesos herniarios. En cuanto a su indicación, parece correcta, pues esta técnica está indicada cuando el paciente, a pesar del tratamiento antiálgico y antiinflamatorio prescrito, en este caso, diclofenaco y myolastán, desde (el Servicio de) Urgencias y, posteriormente, lyrica e inzitán, persiste la lumbalgia y la irradiación a extremidades inferiores, que la paciente la define como intensa y con escasa o nula mejoría sobre la situación anterior y, por lo tanto, con escaso/nulo éxito del tratamiento farmacológico prescrito. Este es el caso que parece desprenderse del contenido del expediente...

Por lo analizado en párrafos anteriores, no encuentro razones que puedan sustentar el que, en la atención de la paciente, ... se diera negligencia médica alguna. No es científicamente sostenible que la causa de su hernia discal L3-L4, de la que fue intervenida, fuera como consecuencia de una infiltración lumbar efectuada días antes.

Es evidente que la paciente no recupera la normalidad funcional máxima y que persisten problemas de parestesias en pierna izquierda, así como molestias dolorosas. Pero esta situación no es excepcional en este tipo de intervenciones. Así, se observa como una complicación (persistencia del dolor residual) en la hoja de consentimiento que la paciente firma el 14/11/2012. Se puede afirmar que, en este caso, se han puesto todos los medios humanos y técnicos disponibles para tratar a la paciente, siendo suficientes, a la luz de los conocimientos médicos en esta materia, y, además, en tiempo y forma...”

Una vez finalizada la instrucción del expediente, por escrito de 8 abril 2014 – notificado el siguiente día 10, se concedió plazo de audiencia a la reclamante, llevándose a efecto la misma con fecha 17 junio 2014, mediante entrega de copia de los documentos obrantes –a esa fecha- en el procedimiento administrativo, sin que conste alegación alguna.

Sexto

Completados los trámites referidos, con fecha 17 junio 2014 la Instructora elaboró la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

Recibida dicha Propuesta, la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud, solicitó a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la referida Consejería el preceptivo informe, el cual emitió con fecha 8 julio 2014, en sentido favorable a la Propuesta de resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 11 de julio de 2014 y registrado de entrada en este Consejo el mismo día, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 14 de julio de 2014, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar 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 Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose una cantidad de 200.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste a tenor del artículo 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de la existencia 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 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC).

Segundo

Cuestiones previas

De manera premeditada, en el tercero de los Antecedentes de Hecho de este dictamen, hemos recogido casi en su totalidad –sin que lo omitido altere el sentido, alcance y fundamento de la petición- el relato de hechos de la reclamación, a efecto de determinar, con exactitud, el contenido a que ha de ceñirse el dictamen.

Y es que el escrito de reclamación, además de referirse a la asistencia prestada por los servicios sanitarios del SERIS, añade hechos producidos en la esfera de la relación laboral que unía a la reclamante con algunos de los profesionales sanitarios que, por

simple coincidencia, intervinieron luego en las actuaciones médico-sanitarias que sustentan la reparación que pretende. Es obvio que lo acaecido en el referido ámbito laboral no ha de ser tenido en cuenta en el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial sobre el que se solicita el presente dictamen.

En definitiva, los actos a los que se ha de ceñir este dictamen están constituidos por: i) la asistencia, en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, el 3 noviembre 2012; ii) la infiltración facetaria en L4-L5 y L5-S1, con anestesia local y trigon (corticoide); iii) la intervención quirúrgica mediante laminectomía L3-L4, discectomía y colocación de dispositivo interespinoso en el Hospital *San Pedro*; iv) la rehabilitación posterior a la intervención quirúrgica; y v) los actos previos y posteriores efectuados en los centros médicos citados, inherentes a tales actuaciones.

Tercero

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, por todos, Dictamen D.20/13), 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 objetiva y no culpabilística que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijéramos, entre otros, en nuestro dictamen D.3/07, “...*la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demanda: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo...*”.

Y, en el dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo “...*si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento...*”.

Cuarto

La inexistencia de un título de imputación del daño a la Administración en el presente caso

Funda la reclamante su solicitud de reparación del daño, en considerar **inadecuada** “...*la asistencia sanitaria recibida...*”, por cuanto que, **la infiltración** que se le efectuó en la columna vertebral, **fue la causa de la aparición de la hernia discal**, a nivel L3-L4, para cuyo tratamiento se le practicó, el día 15 noviembre 2012, una laminectomía, más discectomía e introducción de un espaciador interespinal.

Ni con el escrito de reclamación ni, posteriormente, a lo largo de todo el expediente, se aporta razonamiento o informe alguno que justifique o ponga de relieve esa afirmación. Por el contrario, todas las opiniones médicas e informes que en el procedimiento

administrativo constan, se manifiestan, fundada y razonablemente, en contra de esa afirmación, apuntando los criterios que avalan esas opiniones y que, de forma resumida, se concretan en los siguientes:

-En el informe del Inspector de Servicios Sanitarios, punto 4 de la *Discusión científico-técnica*, indica que:

“En general, es altamente improbable que el origen de una hernia discal sea una infiltración, pero, en este caso, más. La paciente, con anterioridad, tenía clínica de lumbalgia crónica, y en la resonancia de mayo de 2012, se observa que existe incipientes signos de discopatía L3-L4, con leve estenosis del canal raquídeo central L3-L4. Es posible que, en los meses siguientes, empeorara su situación clínica y que la hernia se hiciera más evidente. La hernia discal que manifiesta la resonancia del 15 de noviembre no es posible que tenga su origen en una complicación de una infiltración que se realiza unos días antes. El Dr. A., que actúa como Cirujano ayudante en la intervención del 15/11/2012, relata que, durante la intervención, se aprecia una hernia discal, extruida y muy voluminosa a nivel L3-L4, que le genera una estenosis severa del canal raquídeo. Se realiza una descompresión sin complicaciones y se coloca un dispositivo inteespinoso.”

-En el informe, del Dr. P.M.G.-P.A., elaborado a petición de la Aseguradora del SERIS, se afirma que la infiltración facetaria “... *nunca ... puede provocar la aparición de una hernia discal, ya que se práctica con una aguja de fino calibre y lo único que ... hace es depositar el antiinflamatorio sobre la zona; el disco intervertebral, esté herniado o no, no se toca...*”; a lo que se ha de añadir que se trata de una técnica que se realiza bajo control de rayos X. En cualquier caso, de haberse llevado a cabo incorrectamente este tratamiento paliativo, sería necesario algún medio de prueba que lo pusiera de relieve, cuestión esta inexistente en el procedimiento.

-En el informe del Dr. P.M.G.-P.A, consta que la infiltración epidural tiene como objetivo reducir la inflamación, “...*especialmente de las raíces nerviosas, y mejorar, por tanto, el dolor...*”, pero no constituye “...*una técnica dirigida a curar directamente una hernia discal o una estenosis del canal...*”; criterio con el que se sigue igual coincidencia en el resto de informes y opiniones médicas obrantes en el procedimiento administrativo. Es decir, que constituye un tratamiento preventivo, inicial o previo a cualquier otra actuación, totalmente correcto y adecuado a la *lex artis* ante la aparición de síntomas como los que se le manifestaron a la reclamante, en el momento que se le llevó a cabo.

En conclusión, no se produce la relación de causalidad que hemos mencionado en el fundamento jurídico anterior, como uno de los requisitos para dar lugar a la obligación de resarcimiento que, de la Administración pública sanitaria, se efectúa en la reclamación. A mayor abundamiento, hemos de poner de relieve lo correcto y adecuado a la *lex artis* de la intervención quirúrgica practicada a la reclamante el 15 noviembre 2012.

En efecto, los informes técnicos y opiniones médicas obrantes en el procedimiento tramitado con motivo de la reclamación, son unánimes en su afirmación de que la intervención quirúrgica de laminectomía, más discectomía y colocación de un espaciador interespinoso constituye el remedio adecuado a la constatación, a través de resonancia magnética, de la hernia discal productora de compromiso “...de espacio bilateralmente...”, que afectaba a la reclamante, y que dicha intervención quirúrgica se llevó a cabo correctamente con arreglo a la *lex artis*.

La aparición, posterior a la intervención quirúrgica, de signos de denervación activa en la musculatura dependiente de la raíz L5 izquierda, compatible con severa radiculopatía aguda (además de que la paciente, tras el tratamiento rehabilitador, se recuperó adecuadamente), forma parte de las complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica, que se notificaron a la reclamante, según consta adecuadamente en el consentimiento informado obrante en el procedimiento administrativo.

E idéntica unanimidad, en los informes técnicos y opiniones médicas, se produce en cuanto a la diligencia con que se actuó en las pruebas, tratamiento y cirugía reparadora. En efecto, el día 3 noviembre 2012, la reclamante acude al Servicio de Urgencias del CARPA, presentando lumbociatalgia bilateral; se le atiende adecuadamente y se le remite a Consultas externas de Traumatología, donde es vista el siguiente día 6, prescribiéndole la medicación oportuna, convocándosele nuevamente para el siguiente día 8, a efecto de practicarle una infiltración facetaria, como así sucede.

Ante la falta de respuesta del dolor a la infiltración efectuada, y tras una revisión en Consultas de Rehabilitación, el 12 noviembre 2012, ingresa en el Hospital *San Pedro*, siendo atendida por en el Servicio de Traumatología, cuyo personal facultativo solicita, con carácter de urgencia, una resonancia magnética, que es efectuada el siguiente 14. Ante los datos que esta refleja, el 15 noviembre 2012 se lleva a cabo la intervención quirúrgica de la hernia discal, que afectaba a la paciente.

Es decir, no existe la más mínima dilación temporal en el examen, control y aplicación de reparaciones médicas inherentes a la paciente, llevándose a cabo, de forma adecuada, la prestación de la atención sanitaria.

La inexistencia de relación de causalidad entre una y otra prestación, y la adecuación a la *lex artis* de las técnicas y forma de aplicarlas, exime de cualquier otra argumentación sobre los restantes pedimentos de la reclamación (daño, y su cuantificación económica).

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por no concurrir criterio de imputación alguno con respecto a la Administración pública sanitaria.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero