

En Logroño, a 23 de diciembre de 2016, 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. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

42/16

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a C.R.B.F, por daños y perjuicios que entiende causados al ser intervenida en dos ocasiones, en el SERIS, por hernia lumbar, con secuelas de dolor y ansiedad; y que valora en 180.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 25 de junio de 2015, presentado en la Oficina General de Registro del Gobierno de La Rioja el 30 de junio, que tiene entrada en el Registro de la Consejería el posterior día 16 de julio, la expresada paciente formula, mediante Abogado, la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, de la que transcribimos los primeros once hechos:

“PRIMERO.- A mediados de 2007, (la paciente) comenzó a notar dolores de espalda en la zona lumbar izquierda. Con fecha 3 de agosto de ese mismo año y a resultas de la resonancia magnética y del reconocimiento exploratorio realizado en Consulta externa por el Traumatólogo del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro Dr. E.P.L, se le detecta una hernia discal en L4-L5, proponiendo dicho Facultativo tratamiento quirúrgico consistente en la disectomía o extirpación del disco intervertebral de la L4-L5 izquierda. Dicho tratamiento fue aceptado por (la paciente), programando dicha intervención quirúrgica para el mes de abril de 2008 en la C.L.M, perteneciente al grupo V.S. (Documento n° 1).

SEGUNDO- El 2 de abril de 2008, se realiza, con carácter previo a la intervención, una resonancia magnética de la columna lumbar en la C.L.M.(Documento n° 2). En las conclusiones del informe de la misma, emitido por el Radiólogo, Dr. A.A.G, se aprecian las siguientes patologías: i)

espondiloartrosis (degeneración de las estructuras óseas articulares de los discos intervertebrales) y discartrosis lumbar (desgaste y desgarró de los discos intervertebrales); y ii) hernia díscaI (desplazamiento de parte del disco intervertebral hacia el nervio), con estenosis (estrechamiento) del canal y probable comprensión radicular, L5 izquierda. Dicho informe fue dirigido o solicitado a instancias del Neurólogo, Dr. L.B, quien sería el Especialista encargado de llevar a cabo la intervención quirúrgica.

TERCERO.- La intervención se realizó en la C.L.M. en la fecha programada el 4 de abril de 2008, a cargo del Dr. B, recibiendo la paciente el alta hospitalaria al día siguiente, el 5 de abril. En dicho informe de alta, se reflejaba que la intervención había consistido en la flavectomía y disectomía de la L4-L5 y la colocación de una prótesis intersomática "T-SPACE PEEK" (Documento no 3).

CUARTO.- Tras la citada operación, mi representada no llegó a recuperarse plenamente, dado que continuó, durante largo tiempo, sufriendo molestias y un deterioro progresivo de su condición física, que se tradujo en fuertes dolores de espalda en la zona lumbar, por lo que, a comienzos del año 2012, (la paciente) acudió a su Médico de Familia, el Dr. J.J.M.H, quien procede a tramitar, el 11 de junio de 2012, la solicitud de derivación al Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro para su reconocimiento (Documento nº 4).

QUINTO.- Como consecuencia de lo anterior, se le realiza a (la paciente) una nueva resonancia magnética y una nueva exploración por parte del Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. El informe radiológico, de fecha 22 de agosto de 2012 (Documento nº 5), refleja una variable protusión, sin estenosis, en los discos L2-L3 y L3-L4, una discreta protusión en la L4-L5 (intervenida en 2008) y una tendencia a la protusión en el disco LS-S1. Es decir, un importante deterioro en la zona intervenida en 2008 que, además, puede extenderse a las vértebras situadas inmediatamente superior e inferior a dicha zona.

SEXTO.- A resultas de lo anterior, el Dr. M. aconseja a mi mandante que se someta nuevamente a tratamiento quirúrgico, dada la existencia de una inestabilidad en la zona operada (L4-L5). Dicha intervención consistirá en una artrodesis mínimamente invasiva de la L4-L5, manifestando su consentimiento (la paciente) y solicitando su inclusión en lista de espera el 26 de febrero de 2013 (Documento no 6).

SÉPTIMO.- Durante el mes de abril, el dolor originado por las lumbalgias experimentada por (la paciente) ya se extiende a la zona del muslo derecho. Con fecha 29 de abril de 2013, el Médico Traumatólogo de la C.L.M. y encargado de llevar a cabo la segunda intervención quirúrgica, Dr. M.G.F, reconoce a (la paciente) en su consulta y emite un informe (Documento nº 7) en el que refiere como juicio clínico: "Sospecha de ausencia de consolidación de la artrodesis intersomática", reflejando como tratamiento recomendado: revisión para artrodesis con fijador añadido a su cirugía". Es decir, en dicho documento, se reconoce que la prótesis implantada en 2008 carecía de la fijación necesaria, razón por la cual ahora se insta a una nueva intervención para realizar dicha fijación mediante una operación correctora.

OCTAVO.- El 29 de mayo de 2013, se realiza la segunda intervención de columna, a cargo del Dr. M, siendo dada de alta hospitalaria, al día siguiente, el 30 de mayo. El informe de alta hospitalaria, del Dr. G.F. (Documento nº 8), recoge y amplía las conclusiones comentadas en el punto expositivo anterior, en concreto cuando refleja, dentro del apartado "Episodio actual", lo siguiente: "En estudio de imagen se sospecha la inestabilidad vertebral con ausencia de fijación de la caja

intersomática". Más adelante, en el apartado "Tratamiento", se indica como parte del mismo "Colocación de fijador interno con tornillos de 5,5 y 4,5 mm de longitud".

NOVENO.- Como consecuencia de la mala praxis en la primera intervención en 2008, consistente en no proceder a la fijación de la prótesis colocada en sustitución del disco intervertebral de la L4-L5, mi cliente ha sufrido, durante 5 años, un serio y progresivo agravamiento en su condición física, que se ha traducido en fuertes dolores de espalda en la zona lumbar, que han ido, con el tiempo, irradiando a las extremidades inferiores, provocando sensación de hormigueo, pérdida de fuerza y dolores al apoyar, en especial el pie izquierdo, razón por la cual precisa de una muleta de apoyo para caminar. Todas estas complicaciones, insistimos, a buen seguro no se hubieran producido de haberse realizado la primera intervención con la fijación necesaria. Resulta comprensible imaginar que la falta de un apoyo adecuado en la columna vertebral durante todo este período de tiempo ha ocasionado -tal y como se refleja en el propio informe de la segunda intervención- daños en esta zona de carga y reparto del peso del cuerpo que, a la postre, deriven - como así ha sido- en cirugía correctora.

DÉCIMO.- Tras esta segunda intervención quirúrgica, la situación de mi mandante tampoco experimentó la ansiada mejoría en su estado de salud. Con posterioridad a dicha operación correctora, mi cliente comenzó a experimentar fuertes dolores en el pie izquierdo, por los que tuvo que ser atendida de urgencia en el Hospital San Pedro, el 15 de enero de 2014 (Documento n°9), siendo derivada a Consulta de Traumatología, al Dr. R, del Hospital San Pedro (Documento n° 10), quien, a su vez, la remite al Médico que realizó la segunda intervención, Dr. M. (Documento n°11).

-Desde esa misma fecha (15 de enero de 2014), mi cliente causa su primera baja laboral, situación en la que permanecerá hasta el 14 de marzo de ese mismo año (Documento n° 12).

-El 9 de abril de 2014, como consecuencia del progresivo deterioro en su estado de salud, la incertidumbre de su recuperación tras dos intervenciones quirúrgicas y las incertidumbres acerca de la continuidad de su vida laboral, (la paciente) tiene que ser atendida de nuevo en urgencias por una fuerte crisis de ansiedad y estrés, presentando, como principales síntomas, presión en el pecho, hiperventilaciones y vómitos, administrándosele desde dicho Servicio diazepam (Documento n°13)

-Con fecha 6 de mayo de 2014, a raíz de la persistencia de los fuertes dolores en el pie izquierdo, mi cliente es nuevamente atendida en el Centro de Salud de Lodosa por una nueva crisis de ansiedad, recetándosele escitalopram y alprazolam, derivándosele a la Mutua para la valoración de incapacidad laboral temporal (Documento no 14).

-Durante el mes de mayo, mi cliente es derivada al Servicio de Rehabilitación del Hospital San Pedro, donde se le somete a exploración y radiología. El informe radiológico, de la Dra. S.G, de 30 de mayo de 2014 (Documento n° 15), refleja la existencia de una fascia plantar ipsilateral en el pie izquierdo, derivándola al Servicio de Urgencias para valorar tratamiento. En dicho Servicio, se confirma el diagnóstico y se le prescriben inyecciones de clexane 40 mg. (Documento n°16).

-A resultas de los fuertes dolores en la extremidad izquierda, mi cliente causa su segunda baja laboral, con fecha 28 de junio de 2014 (Documento n°17). Durante los meses posteriores, y a pesar de las sesiones de rehabilitación, el estado de salud de mi cliente no ha experimentado

mejoría, tal y como puede apreciarse en los históricos de seguimiento (del Servicio de Traumatología (Documento n° 18) y rehabilitación (Documento n°19).

-El 14 de enero, el Traumatólogo-Podólogo, Dr. P, refleja en su informe el hallazgo de una fisura en el tendón de Aquiles del pie izquierdo (Documento no 20), muy posiblemente como consecuencia de la anómala deambulación que provocan los dolores que irradia la operación de las vértebras L4-L5.

-El 15 de enero de 2015, se prescriben desde (el Servicio de) Atención Primaria a mi cliente medicamentos antidepresivos (Documento n° 21).

-El 22 de enero de 2015, mi cliente acude nuevamente al Servicio de Urgencias por un fuerte dolor en la zona del glúteo y zona cuadrípital, tal y como se refleja en el informe del Dr. P, que remite al Dr. M. (Documentos nos 22 y 23)

-El 3 de febrero, los dolores de la lumbalgia irradian a la cara anterior del muslo izquierdo, tal y como refleja en su notas el Dr. M. (Documento n°24).

-El 11 de febrero, mi cliente es derivada (al Servicio de) Psiquiatría, al diagnosticársele una depresión, fruto de la situación que venimos comentando (Documento n° 25).

-El 12 de febrero, el dolor se extiende desde la raíz de los miembros inferiores hasta la región pretibial, teniendo que ser atendida nuevamente por el Servicio de Urgencias (Documento n°26).

-El tratamiento rehabilitador ha proseguido, sin resultado, durante los meses posteriores. El estudio neurofisiológico, de fecha 21 de abril de 2015, recoge una ausencia de reflejo H en el lado izquierdo (Documento n°27), siendo la causa posible de dicha sintomatología la desviación del tornillo de fijación de la LS izquierda, tal y como se recoge en el informe radiológico de fecha 18 de mayo de 2015 de la C.L.M.(Documento n° 28): "El tornillo transpedicular L5 izquierda se encuentra en porción inferior del pedículo, cercano a la raíz L5 izquierda, pero sin claro de compromiso de la misma, aunque esta raíz está algo engrosado. Hay signos de actuación sobre disco intervertebral L4-L5".

-A mayor abundamiento, el Informe del Neurocirujano, Dr. D.O.P, de la C.L.M.(Documento n° 29), refleja entre sus conclusiones lo siguiente: "El tornillo L4 izquierdo impresiona que toca la Raíz L5 izquierda que se encuentra inflamada. Esto puede explicar parte de la sintomatología referida por la paciente".

DECIMO PRIMERO.- De lo anteriormente expuesto, se desprende una clara negligencia médica del personal que intervino en la primera intervención, de fecha 4 de abril de 2008, al no anclar convenientemente los elementos de fijación en la zona intervenida, situación que ha provocado una seria inestabilidad en la zona, con un serio agravamiento en la salud de mi cliente durante el período que medió entre dicha intervención quirúrgica y la segunda (29 de mayo de 2013). En esta segunda intervención concurre, además, una nueva negligencia, consistente en la defectuosa colocación de uno de los tornillos de fijación, el cual se encuentra desviado en las proximidades del nervio y puede, con el tiempo, llegar a causar mayores problemas en la zona operada. En la actualidad, dicha desviación está ocasionando problemas de reflejo en el lado izquierdo".

Acompaña a su escrito abundante documentación de su historial clínico y solicita una indemnización de 180.000 euros.

Segundo

Mediante Resolución de 21 de julio de 2015, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 16 anterior, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta del día 22 de julio, se comunica, a la interesada, en el despacho de su Letrado, la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Mediante comunicación del día 28 de julio, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en los Servicios de Urgencias, Traumatología, Rehabilitación y Unidad del Dolor a la paciente; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y situación actual de la reclamante.

Y, mediante comunicación de la misma fecha, se dirige a la C.L.M. requiriendo la remisión de cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estimen de interés relacionados con la asistencia prestada a la paciente; en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia; en general, cuantos datos, documentos a informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión de la reclamante; y, si tuviera suscrita póliza de seguros el día de los hechos, número de la misma, entidad aseguradora y su dirección. Asimismo, se informa a dicho Centro de la posibilidad de resultar afectado en sus derechos o intereses legítimos por la resolución que se dicte, a fin de que pueda comparecer para ejercitar los derechos que le correspondan en el expediente instruido al efecto.

Cuarto

El Hospital *V.L.M.* remite, el 26 de agosto, la documentación e informes médicos interesados y, el día 28 siguiente, dos certificados del seguro de responsabilidad civil con M. Seguros.

Quinto

Mediante escrito de 1 de septiembre, se persona en el expediente, en representación de V.L.M. el Procurador D. R.I.G, acompañando poder notarial. El siguiente día 15, se facilita, a dicho Procurador, copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento de responsabilidad patrimonial hasta la fecha.

Sexto

Con fecha 17 de septiembre, el Servicio de Asesoramiento y Normativa se dirige a la Aseguradora M, comunicándole la existencia del expediente a fin de que pueda comparecer en el mismo al poder resultar afectada en sus derechos o intereses legítimos por la resolución que se dicte.

Séptimo

El 4 de noviembre de 2015, la Dirección del Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica, así como los informes aportados por los Dres. M.T, P.L. y M.M.

Octavo

Obra, seguidamente, en el expediente, el informe de la Inspección médica, de fecha 4 de enero de 2016, que establece la siguiente *discusión científico-técnica*:

I. (La paciente), dice en su escrito: "Como consecuencia de la mala praxis en la primera intervención en 2008, consistente en no proceder a la fijación de la prótesis colocada en sustitución del disco intervertebral de la L4-L5, mi cliente ha sufrido, durante 5 años, un serio y progresivo agravamiento en su condición física que se ha traducido en fuertes dolores de espalda ... de lo anteriormente expuesto se desprende una clara negligencia médica del personal que intervino en la primera intervención, de fecha 4 de abril de 2008, al no anclar convenientemente los elementos de fijación en la zona intervenida...".

De la frase anterior cabe deducir que la paciente achaca una cierta negligencia o mala praxis a la actuación profesional de los Cirujanos que la intervienen y que ello le ha supuesto 5 años de sufrimiento. Sin embargo, los datos objetivos de que disponemos no concuerdan con dicha afirmación. En efecto, en las consultas realizadas en la C.L.M, se observa que la evolución es favorable, se comprueba radiológicamente que el posicionamiento del espaciador intersomático es correcto, y se le da de alta en octubre de 2008, realizando una vida normal. De aquí no cabe deducir que la paciente no padeciera dolor alguno de espalda o lumbar en todo este periodo, pues no deja de tener una columna con claros signos degenerativos a varios niveles, y, sin duda, la realización de esfuerzos medianos o pesados que haya podido realizar, así como mantener durante mucho tiempo posturas inamovibles, bien estando de pie, o bien permaneciendo sentada, además de otros factores, han podido influir en periodos de reagudización dolorosa en su espalda. Pero también debemos

decir que ello no le ha impedido la realización de una vida normalizada, incluyendo el desempeño de su trabajo a tiempo completo.

Por lo expuesto en el párrafo anterior, así como por lo visto en el contenido de este expediente, considero que, tanto el diagnóstico como el tratamiento quirúrgico han sido adecuados, y que, en ningún caso, hay elemento alguno del que pueda deducirse fallo en la fijación del espaciador intersomático. Debemos también comentar que el consentimiento informado, que la paciente debe conocer y que firma, contempla, dentro de las complicaciones, la persistencia del dolor residual, incluso la posibilidad de una segunda intervención para la fijación de las vértebras afectadas. Esta circunstancia no es excepcional, y, de hecho, con relativa frecuencia, al cabo de un tiempo, resulta precisa una reintervención de columna. Con ello no debe deducirse fallos imputables al Cirujano, bien por falta de pericia o incluso por inadecuada indicación, sino que, en los procesos degenerativos de columna, ningún tratamiento es curativo, sino paliativo, incluida la cirugía.

2. También en su escrito de reclamación (la paciente) hace mención a su segunda intervención, y así se dice textualmente: «En esta segunda intervención (de 29 de mayo de 2013) concurre, además, una nueva negligencia, consistente en la defectuosa colocación de uno de los tornillos de fijación, el cual se encuentra desviado en las proximidades del nervio y puede, con el tiempo, llegar a causar mayores problemas en la zona operada. En la actualidad, dicha desviación está ocasionando problemas de reflejo en el lado izquierdo».

De los datos clínicos del historial de la paciente, se observa que, hasta junio de 2012, no existe consulta alguna en la Especialidad de Traumatología. El 11/06/2012, acude a la Consulta de Traumatología y, vista por el Dr. C. y hechos los estudios oportunos, la remite a la Consulta del Dr. M, que la ve el 07/09/2012. Las notas de diversas consultas ponen de manifiesto que se propone y realiza una infiltración a nivel L4-L5, sin resultado positivo, y que, en febrero de 2013, la propia paciente manifiesta su deseo de ser nuevamente intervenida. Se le propone a la paciente la realización de una artrodesis póstero-lateral, con tornillos pediculares, explicando los riesgos y complicaciones posibles. La paciente acepta, firma el consentimiento y se incluye en lista de espera quirúrgica.

Es intervenida en mayo 2013 en la C.L.M, realizándose sin complicaciones la intervención programada y prevista. La evolución postoperatoria de las primeras semanas es positiva, lo que descarta, en principio, que algún tornillo hubiera comprimido alguna raíz, pues los dolores hubieran sido muy intensos y, seguramente, obligado a una revisión quirúrgica. Las consultas posteriores hablan de mejoría, sin bien es cierto que nunca desaparece por completo el dolor. Después de unos 6 meses, se reagudiza el dolor de tipo lumbar, que irradia a la cara anterior de ambos muslos hasta las rodillas. Es vista en varias ocasiones por el Dr. M. en Consulta de Traumatología en el HSP, realizándole nueva resonancia y TAC. Ponen de manifiesto que el material quirúrgico de fijación L4-L5 está correctamente colocado; canal raquídeo de amplitud conservada. También se solicita estudio electrofisiológico, no observándose ninguna alteración significativa. Otro estudio posterior, realizado en C.L.M, tampoco muestra alteración significativa, únicamente la ausencia del reflejo H en el lado izquierdo, que podría deberse a una leve afectación de la raíz S1 izquierda. No obstante, el citado informe dice que su significación patológica es escasa, dado que no existen signos de denervación activa ni cambios en la morfología de los potenciales de la unidad motora. He querido detenerme en este asunto puesto que la reclamación de la paciente y su representante parece relacionar este aspecto con la desviación del tornillo de fijación a nivel L5 izquierdo. En mi opinión, esto no es correcto, ya que, además de dar valor a un hecho, la ausencia del reflejo H, que la propia

Neurofisióloga juzga de escaso valor, está referido al nivel S1 y no al L5, que es donde se aloja el tornillo pedicular.

Pero, por otro lado, no es infrecuente que los tornillos pediculares invadan el pedículo, sin que, por ello, se justifique el dolor u otras anomalías. También en el recurso, adquiere cierta consideración el comentario contenido en la resonancia de mayo de 2015, que dice: “el tornillo transpedicular L5 izquierdo se encuentra en porción inferior del pedículo, cercano a la raíz L5 izquierda, pero sin claro compromiso de la misma, aunque esta raíz está algo engrosada”. De aquí, el Dr. O, Neurocirujano de L.C.L.M, en su informe posterior, habla de que «el tornillo de L4 izquierdo impresiona que toca la raíz L5 izquierda que se encuentra inflamada», y que ello, a su juicio, puede explicar parte de la sintomatología que refiere la paciente. A mi modo de ver, el término «impresiona» conduce a error o al menos a exageración en el escrito de reclamación. En efecto, el concepto que en la Medicina se utiliza de éste término, se refiere más a «dar la impresión» «sugerir» o «posibilidad» y no a otra acepción que reforzara o diera entonación a un hecho. Por tanto, no hay elementos objetivos que manifiesten una relación evidente entre la situación del tornillo pedicular en L5 y su cuadro clínico. Más bien todo lo contrario, pues los dos estudios neurofisiológicos, realizados en poco tiempo, y que pueden considerarse normales, no indican que haya compresión o sufrimiento del nervio y, por ello, hasta la fecha, no se le ha aconsejado nueva intervención para la liberación del mismo por ninguno de los varios Especialistas que ha consultado.

En resumen, no hay elementos objetivos que demuestren afectación de la raíz nerviosa a nivel L5 izquierdo por la invasión del tornillo pedicular a ese nivel, sino más bien todo lo contrario, y así lo muestran los estudios neurofisiológicos realizados. La inflamación a ese nivel, según el Dr. O, pudiera explicar parte (no toda) de la clínica que manifiesta la paciente y, por ello, su solución, hoy día, no está en la cirugía. Y, además, habría que añadir, que, aunque se debiera (que no es el caso) al alojamiento actual de dicho tornillo, en ningún caso merecía la calificación de mala praxis o negligencia, como se califica en la reclamación, pues, en un porcentaje, que varía según las estadísticas publicadas en revistas científicas, es una complicación inherente a la técnica quirúrgica y a las condiciones de la columna y que, por ello, está contemplada como complicación en la Hoja que la paciente firmó en su consentimiento.

3. Del escrito de reclamación, también se deduce una implicación de la patología del pie izquierdo, fascitis y tendinitis del Aquiles, como consecuencia de su problema de columna. Se lee lo siguiente: «El 14 de enero (2015) el Traumatólogo-Podólogo, Dr. P, refleja en su informe el hallazgo de una fisura en el tendón de Aquiles del pie izquierdo (Documento nº 20) muy posiblemente como consecuencia de la anómala deambulación que provocan los dolores que irradia la operación de las vértebras L4-L5».

Del contenido del expediente, no se deduce que el Dr. P. refiera en su informe que la fisura en el tendón de Aquiles del pie izquierdo sea muy posiblemente como consecuencia de la anómala deambulación de la paciente por los dolores provocados por la espalda. Es una interpretación de la reclamante y su representante. Lo único que toca tangencialmente esta cuestión es un informe del Neurocirujano de la C.L.M. Dr. O, en un informe médico sin fecha, que señala que se solicitó un RX de Tele de columna AP y lateral, en las que se pudo apreciar una tendencia al desequilibrio sagital, producido por una proyección de la pelvis a la retroversión, que podría explicar el dolor lumbar crónico que refiere la paciente con la posterior aparición de las fascitis plantar y la inflamación de los tendones de Aquiles. Evidentemente, se trata de una hipótesis en la que relaciona el desequilibrio de la pelvis con la patología de los pies y del dolor lumbar, pero que nada tiene que ver con las intervenciones quirúrgicas efectuadas en la columna lumbar a la paciente ni que tal desequilibrio se

deriva o sea consecuencia de las mismas. Los distintos Especialistas, y en mi modesta opinión también, hablan con claridad de que no hay ningún elemento que sostenga con fiabilidad científica que las lesiones en los pies sean consecuencia de las intervenciones quirúrgicas en la columna lumbar. Son procesos independientes, que fueron diagnosticados pasados unos meses de la segunda intervención, y cualquier relación entre ambas resulta gratuita. En definitiva, a mi entender no aprecio relación o causalidad entre la dolencia de los pies de que viene siendo tratada la paciente y los antecedentes de las dos intervenciones quirúrgicas realizadas a la misma”.

Noveno

Mediante escrito de 27 de enero de 2016, la reclamante se dirige a la Consejería denunciando el transcurso del plazo máximo de 6 meses para dictar resolución, por lo que interesa se le expida certificación de acto presunto producido en el expediente.

Décimo

A instancias de la Aseguradora, emite dictamen la Consultora médica P, el 26 de mayo de 2016, estableciendo las siguientes **conclusiones**:

“1. La paciente acudió a los Servicios médicos del Hospital (San Pedro) de Logroño con un dolor lumbar, irradiado por miembro inferior izquierdo. Fue correctamente atendida, estudiada y diagnosticada como lumbociatalgia izquierda secundaria a hernia discal L4-L5.

2. Ante la persistencia de la sintomatología y a pesar del tratamiento conservador llevado a cabo, se sentó una indicación quirúrgica para tratamiento de la hernia discal.

3. Se le explicó con detenimiento en qué consistía la intervención y los riesgos que conllevaba, entre los que se menciona, de manera explícita, tal y como figura en el consentimiento informado que firmaron el Médico que hizo la indicación quirúrgica y la propia paciente: i) lesión de algún nervio en las maniobras propias del acto quirúrgico; ii) persistencia de dolor residual; iii) reproducción de la hernia discal por restos del disco extirpado; iv) aparición de hernia discal en los niveles superior o inferior; y v) contracturas.

4. La paciente fue intervenida, con fecha 04/04/2008, practicándose una artrodesis intersomática tipo TLIF.

5. La paciente se mantuvo con capacidad laboral hasta 2012, aunque fue vista en varias ocasiones por persistencia del dolor, posibilidad que se le habla explicado en el momento de firmar el consentimiento informado.

6. Ante la persistencia del dolor, fue tratada con técnicas rehabilitadoras y por la Unidad de Dolor. Dado que no se obtuvo resultado satisfactorio, se le propuso nueva intervención quirúrgica, por sospecha de falta de consolidación de la artrodesis previa.

7. La intervención consistió en una artrodesis, instrumentada con tornillos transpediculares. En el protocolo de la intervención, se afirma que se comprueba la colocación de los tornillos, así como su

grosor y longitud. Con esta expresión, el Cirujano señala que el tornillo no ha roto el pedículo, está bien situado y que, por tanto, no lesiona ni comprime la raíz.

8. La paciente fue atendida por dolor en región aquilea izquierda. No se puede afirmar que ese dolor sea atribuible a la lesión del raquis, ya que, como se señala en la historia del Neurólogo que la atendió en 2007, había sido intervenida por rotura del tendón de Aquiles.

9. Los fenómenos descritos en la RMN pueden ser secundarios a la rotura y reparación del tendón de Aquiles.

10. La evolución de la paciente no fue satisfactoria. En una revisión practicada por otro Neurocirujano, se sugiere que uno de los tornillos rompe el pedículo y afecta a la raíz L5. Sin embargo, el Radiólogo que informa las imágenes de RMN no hace dicha afirmación en ningún momento.

11. Si así hubiera sido, el Neurocirujano que informó de esa "impresión" debería haber hecho una indicación inmediata de reintervención con el fin de extraer dicho tornillo. Pero no se hizo así. Tan solo se diagnosticó de síndrome de espalda fallida.

12. Existe información bibliográfica muy abundante sobre los resultados, no siempre satisfactorios, de la cirugía del dolor lumbar, la hernia discal, etc. Por ello, se informa siempre a los pacientes de estos riesgos.

13. Como conclusión final, debemos señalar que el resultado adverso de la paciente no puede atribuirse a negligencia, ni falta de conocimiento o pericia técnica de los equipos médicos que han tratado a esta paciente no encontrándose datos en la historia clínica analizada de vulneración de la lex artis ad hoc".

Décimo primero

Mediante sendos escritos de 14 de junio, la Instructora se dirige a la reclamante, al Procurador de la C.L.M. y a la Aseguradora de esta última, M, dándoles trámite de audiencia, por término de quince días.

El siguiente día 22, se persona el Procurador de la C.L.M. en el Servicio de Asesoramiento y Normativa, facilitándosele copia de los documentos paginados del 164 al 228 del expediente, por habersele entregado con anterioridad los paginados del 1 al 163, y presenta escrito de alegaciones al que acompaña nuevo dictamen pericial de P, emitido por distinto Especialista que el referido en el Décimo Antecedente del Asunto. Este informe establece las siguientes **conclusiones**:

"1. (La paciente) fue diagnosticada a mediados de 2007 de una hernia discal L4-L5 izquierda, con compromiso radicular, por lo que se sentó indicación quirúrgica. Previa a la intervención, se efectuó otra RM que informó de cambios degenerativos en toda la columna lumbar, además de la ya sabida hernia discal.

2. *Intervenida en abril de 2008, tras estudio preoperatorio y firma del correspondiente C.I., donde se mencionaban claramente las posibles complicaciones, se le practicó una discectomía y se colocó una caja intersomática C-Space. Técnica correcta.*

3. *Tras un largo período (dos años) de estar bien, recayó. Vista y tratada por otros Especialistas, fue reintervenida en mayo de 2013, para retirada del implante previo y llevar a cabo una artrodesis con tornillos pediculares. Correcto.*

4. *Tras un nuevo período de mejoría, comenzó de nuevo con dolor lumbar, a lo que se sumaron otras patologías (fascitis plantar, tendinitis aquilea, ansiedad. surgiendo la duda de si uno de los tornillos podía estar contactando con una raíz nerviosa, posibilidad que, finalmente, se descartó, diagnosticándose el cuadro como de síndrome de espalda fallida y remitiendo a la paciente para tratamiento por la Unidad del Dolor. Correcto.*

El informe termina con la siguiente **conclusión final**:

“La cirugía de columna va siempre acompañada de un número significativo de complicaciones, de las que la paciente estuvo correctamente informada, ya desde la primera cirugía, a través de los respectivos C.I. En este caso en concreto, existían dos motivos que podían justificar la permanencia de la sintomatología: la patología degenerativa, que afectaba a toda la columna lumbar y la aparición del síndrome de la espalda fallida, imposible de prever o evitar. Por tanto, en opinión de este perito, no se aprecia la existencia de mala praxis o de actuación no conforme a lex artis ad hoc por parte de ninguno de los Especialistas que han intervenido a la paciente, ni en la primera intervención, ni en la segunda”.

Décimo segundo

Con fecha 7 de octubre de 2016, la Instructora del expediente emite 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.

Décimo tercero

El Secretario General Técnico, el día 13 de octubre, remite al Director General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 8 de noviembre.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 9 de noviembre de 2016, y registrado de entrada en este Consejo el 10 de noviembre de 2016, la Excm. Sra. Consejera de Salud 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 10 de noviembre de 2016, 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

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma 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 y ámbito 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 (derogado por la DD. Única, 2, d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común, LPAC'15, pero aplicable al caso *ex* DT 3ª, a) LPAC'15) 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 hoy vigente, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse por la interesada la cantidad de 180.000 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

En cuanto al contenido del mismo, 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 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC'92), aplicable al caso, a tenor de la precitada DT 3º, a) LPAC'15.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPAC'92) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado 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 culpabilístico 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 dijimos, 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 demande: 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 nuestro 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”*.

Tercero

Sobre existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. En el caso sometido a dictamen, no se alega por la reclamante vulneración alguna de su derecho de información y, en efecto, aparecen en el expediente los correspondientes documentos de consentimiento informado respecto de las dos intervenciones quirúrgicas que se le practicaron y los de las respectivas anestесias.

En el C.I. de la primera intervención, la del 4 de abril del 2008, se contemplan, entre las complicaciones, la persistencia del dolor residual, la reproducción de la hernia discal y la herniación del disco superior o inferior al extirpado, complicaciones que pueden requerir una segunda intervención y la fijación de las vértebras afectadas.

Y, en el documento relativo a la segunda intervención, la de 29 de mayo de 2013, se contemplan, entre otras, la pseudoartrosis, la recidiva de la deformidad, la rotura del material implantado, la persistencia de dolor residual y contracturas musculares; cualquiera de estas complicaciones pueden requerir, según el C.I., tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador y, en ocasiones, nueva intervención.

2. Cumplido sobradamente, por tanto, el deber de información a la paciente, habremos de enjuiciar la posible responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, a la luz del otro de los parámetros referidos en el anterior Fundamento de Derecho, el de si existe o no un funcionamiento anormal de los servicios públicos sanitarios que contravenga los postulados de la *lex artis ad hoc*.

La *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de responsabilidad a la Administración sanitaria consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente, según el estado actual de la Ciencia al respecto y los vigentes protocolos profesionales de actuación.

Como se ha repetido hasta la saciedad, la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación *de medios y no de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración.

En este sentido, podemos citar la Sentencia del Tribunal Supremo, de 13 de julio de 2007, según la cual, "*cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible, ni a la Ciencia ni a la Administración, garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente... aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre...*"

Advirtamos que la tesis contenida en el inciso final del párrafo transcrito coincide con la doctrina mantenida, entre otros, en nuestro dictamen D.99/04, tesis que matizamos en dictámenes posteriores en el sentido de que no se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél. En tales casos, el perjudicado se ve en la precisión de soportar el daño como consecuencia inevitable de la aplicación de las reglas contenidas en nuestro sistema de

responsabilidad, pero no porque tenga -que no lo tiene- un específico deber jurídico de soportarlo: ello no es, en conclusión, resultado de la concurrencia del criterio negativo de imputación previsto en el artículo 141.1 LPAC'92, sino mero efecto reflejo de la no concurrencia de un ineludible criterio positivo de imputación.

3. Procede, por tanto, analizar la actuación de los profesionales que intervinieron en las distintas asistencias prestadas a la reclamante para determinar si aquélla fue o no acorde con la *lex artis ad hoc*.

En este punto, debemos recordar que es a quien reclama la indemnización del daño a quien incumbe probar, no sólo la infracción de la *lex artis* sino, también, que el daño ha sido consecuencia de la misma. Y, por mucho que intentemos minorar el rigor de las disposiciones que rigen la carga de la prueba, matizándolas con teorías como la del daño desproporcionado, la de la culpa virtual, la de la facilidad probatoria u otras similares, quien reclama siempre tendrá que aportar un principio de prueba de la existencia del daño y de que éste es consecuencia de una actuación de los servicios públicos no acorde a los postulados de la *lex artis*.

4. Pues bien, en el presente caso, podemos afirmar la ausencia de actividad probatoria de la que quepa deducir, siquiera sea indiciariamente, que ha existido una mala praxis médica que permita imputar a la Administración sanitaria la responsabilidad por los daños cuyo resarcimiento se reclama.

La reclamante se limita a interpretar, a su conveniencia y fuera de su contexto, expresiones contenidas en distintos informes obrantes en el expediente y que, en modo alguno, significan el reconocimiento científico de una infracción a la *lex artis*. Así, del informe emitido por el Dr. G.F. en abril de 2013, previamente a la segunda intervención (cuyo juicio clínico es “*sospecha de ausencia de consolidación de la artrodesis intersomática*”, recomendando como tratamiento “*revisión para artrodesis con fijador añadido a su cirugía*”), deduce la interesada que la prótesis implantada en 2008 carecía de la fijación necesaria, razón por la cual ahora se le recomienda una nueva intervención para realizar dicha fijación mediante una operación correctora.

Y, de ello, concluye una clara negligencia médica del personal que intervino en la primera intervención de 4 de abril de 2008, “*al no anclar convenientemente los elementos de fijación de la zona intervenida*”, lo que le ha supuesto cinco años de sufrimiento.

Sin embargo, como acertadamente razona el informe de la Inspección médica, los datos objetivos no concuerdan con dicha afirmación. Tras la primera intervención, la evolución es favorable, se comprueba radiológicamente que el posicionamiento del espaciador intersomático es correcto y la paciente es dada de alta en octubre de 2008,

realizando una vida normal, aun cuando pareciera dolores de espalda o lumbares, lo cual es lógico, pues no deja de tener una columna con claros signos degenerativos a varios niveles; pero ello no le había impedido la realización de una vida normalizada, incluyendo el desempeño de su trabajo a tiempo completo. No hay que olvidar que, como señala el informe, en los procesos degenerativos de columna, ningún tratamiento es curativo, sino paliativo, incluida la cirugía.

Por otra parte, como hemos manifestado al principio de este Fundamento de Derecho, en el consentimiento informado firmado por la paciente, se contempla expresamente *“la persistencia del dolor residual”* y *“la posibilidad de una segunda intervención para la fijación de las vértebras afectadas”*.

5. Otro tanto cabe argumentar respecto de la segunda de las negligencias que la reclamante imputa a los Servicios Públicos Sanitarios, consistente en la, a su juicio, defectuosa colocación de uno de los tornillos de fijación colocados en la segunda intervención quirúrgica, la de 29 de mayo de 2013, tornillo que se encuentra desviado en las proximidades del nervio y que puede, con el tiempo, causar mayores problemas en la zona operada.

La reclamante llega a esta conclusión interpretando el comentario a la resonancia magnética de mayo de 2015, según el cual *“el tornillo transpedicular L5 izquierdo se encuentra en porción inferior del pedículo, cercano a la raíz L5 izquierda, pero sin claro compromiso de la misma, aunque esta raíz está algo engrosada”*, de lo que el Neurocirujano que prescribió la resonancia deduce que *“el tornillos de L4 izquierdo impresiona que toca la raíz L5 izquierda, que se encuentra inflamada. Esto puede explicar parte de la sintomatología referida por la paciente”*.

No cabe duda de que el escrito de reclamación viene a exagerar el término *“impresiona”* que, en Medicina, como aclara la Inspección médica, se utiliza en el sentido de *“sugerir”* *“posibilidad”*, pero sin que suponga afirmación evidente de un hecho. Pero no hay elementos objetivos, según el mismo informe de la Inspección médica, que permitan afirmar la afectación de la raíz nerviosa a nivel L5 izquierdo por la invasión del tornillo pedicular a ese nivel, sino más bien todo lo contrario, como lo demuestran los estudios neurofisiológicos realizados, independientemente de ser una complicación inherente a la técnica quirúrgica y a las condiciones de la columna y que, por ello, está contemplada como complicación en la hoja de CI firmada por la paciente.

Añade dicho informe que *“la evolución postoperatoria de las primeras semanas es positiva, lo que descarta, en principio, que algún tornillo hubiera comprimido alguna raíz, pues los dolores hubieran sido muy intensos y seguramente obligado a una revisión quirúrgica”*.

Así lo afirma también el informe del Dr. G.F. al decir que *“la evolución de la cirugía, con las molestias lógicas de los primeros días, fue exitosa y la paciente pudo ser dada de alta sin complicación, lo que indica un resultado correcto de la cirugía”*. Revisada en consulta la paciente a las tres semanas de la intervención, evoluciona bien, lo que supone, según el último informe citado, *“que la situación de los tornillos del fijador es correcta, pues, en este tiempo, hubiera tenido dolores incontrolables si hubiera tenido una raíz atrapada por el tornillo, habiendo sido preciso la cirugía urgente”*.

6. Por último, desarrolló la paciente un complejo cuadro clínico: fascitis plantar, espolón calcáneo, rotura de fibras del tendón de Aquiles, ansiedad, estrés, vómitos, hiperventilación, etc. que la reclamación pretende achacar a su problema de columna, afirmando que la fisura apreciada en el tendón de Aquiles del pie izquierdo es consecuencia, muy posiblemente, de la anómala deambulación que provocan los dolores que irradia la operación de las vértebras L4 L5, afirmación que se atribuye al Traumatólogo-Podólogo, Dr. P.

Según el informe de la Inspección médica, se trata también de una interpretación de la reclamante o de su Letrado, pues no hay constancia, en el expediente, de que dicho Traumatólogo considere la fisura consecuencia de la anómala deambulación por los dolores de la espalda. Tan sólo el informe, sin fecha, del Neurocirujano, Dr. O.P, que obra al folio 137, toca tangencialmente esta cuestión al interpretar la prueba de RX de Tele de columna AP y lateral, cuando dice que *“se puede apreciar una tendencia al desequilibrio sagital producido por una proyección de la pelvis a la retroversión. Esto último puede explicar el dolor lumbar crónico referido por la paciente, con la posterior aparición de las fascitis plantar y la inflamación de los tendones de Aquiles”*.

Evidentemente, como dice el informe de la Inspección médica, se trata de una hipótesis en la que se relaciona el desequilibrio de la pelvis con la patología de los pies y del dolor lumbar, pero que nada tiene que ver con las intervenciones quirúrgicas ni supone que aquel desequilibrio se derive o sea consecuencia de las mismas, coincidiendo todos los Especialistas en que no hay ningún elemento que sostenga, con fiabilidad científica, que las lesiones de los pies sean consecuencia de las intervenciones quirúrgicas de la columna lumbar. Son procesos independientes, diagnosticado el segundo pasados unos meses de la última intervención y resulta gratuito intentar relacionarlos causalmente.

7. En definitiva, tanto el informe de la Inspección médica como los dos de la Consultora médica P, éstos de forma bastante categórica, excluyen la concurrencia de una mala praxis. El del Dr. R.A, Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, establece, como conclusión final, que *“el resultado adverso de la paciente no puede atribuirse a negligencia, ni falta de conocimiento o pericia técnica de los equipos médicos*

que han tratado a esta paciente no encontrándose datos en la historia clínica analizada de vulneración de la lex artis ad hoc”.

Y el informe del Dr. G.P.A, de igual especialidad, afirma que *“la cirugía de columna va siempre acompañada de un número significativo de complicaciones, de las que la paciente estuvo correctamente informada, y ya desde la primera cirugía, a través de los respectivos C.I. En este caso en concreto, existían dos motivos que podían justificar la permanencia de la sintomatología: la patología degenerativa, que afectaba a toda la columna lumbar; y la aparición del síndrome de la espalda fallida, imposible de prever o evitar. Por tanto, en opinión de este perito, no se aprecia la existencia de mala praxis o de actuación no conforme a la lex artis ad hoc por parte de ninguno de los Especialistas que han intervenido a la paciente, ni en la primera intervención, ni en la segunda”.*

Además de los citados informes, de Inspección médica y periciales, obran en el expediente buen número de informes de Facultativos intervinientes en las distintas asistencias prestadas por los Servicios públicos sanitarios a la paciente. Frente al juicio técnico contenido en todos ellos, y a pesar de que pudieran cuestionarse por la posibilidad de ser considerados como *de parte*, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones de la reclamante o de su Letrado que, siendo también *de parte*, se emiten por quienes carecen de la cualificación científica necesaria para enjuiciar un proceso médico.

En consecuencia, este Consejo, lego también en Medicina, se ve constreñido al emitir su dictamen a aquellos informes periciales y, a la vista de los mismos, ha de concluir que la actuación de los Servicios sanitarios se ha ajustado en todo momento, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*, no concurriendo, por tanto, criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no ser imputable al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios el daño cuya reparación se solicita.

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