Expediente: 32/2021 **Objeto:** Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria. **Dictamen:** 35/2021, de 19 de noviembre

DICTAMEN

En Pamplona, a 19 de noviembre de 2021,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; don Hugo López López, Consejero-Secretario; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 17 de septiembre de 2021 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por don..., en nombre de doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del anormal funcionamiento de los servicios sanitarios.

A la petición de dictamen se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O), estimando parcialmente la reclamación.

I.2ª. Antecedentes de hecho

I. 2ª. Reclamación de responsabilidad patrimonial.

1.- Con fecha 31 de mayo de 2016 se presenta en la Oficina de Atención al Paciente por doña... el siguiente escrito en nombre de doña...:

> "*No estoy de acuerdo que ingrese para una intervención de prótesis y acabé en una silla de ruedas.*
>
> *Durante el transcurso de la estancia, mi madre se quejó constantemente y no se le hizo caso.*
>
> *Reclamó una explicación de por qué se quedó en silla de ruedas*".

2.- Con fecha 26 de agosto de 2016, desde el Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del dolor del..., y como consecuencia de la anterior reclamación, se emite informe sobre la atención dispensada a doña...

Según informa atención al paciente, se contacta con la interesada y quedan en que el día 29 de agosto del 2016 hacia las 10:30 horas pasarán a recoger la información.

3.- La representación letrada de doña... presenta el 25 de junio del 2018, por el Registro electrónico el siguiente escrito dirigido al Departamento de Siniestros del...:

> *"Por la presente pongo en su conocimiento que reclamamos desde este despacho los daños y perjuicios sufridos por doña..., mayor de edad, con DNI número…, con ocasión de la intervención quirúrgica sufrida en el..., el pasado día 13 de abril del 2016, al ser intervenida para la intervención de una prótesis de rodilla, por diagnóstico de gonartrosis izquierda mediante instauración de una anestesia epidural.*
>
> *A resultas de su intervención, conculcando la lex artis ad hoc como saben y les consta, ha presentado un hematoma intradural L1-L2, paraparesia y otras complicaciones, y por cuyo daño objetivo reclamamos.*
>
> *Les solicitó de la apertura de expediente de responsabilidad patrimonial, la referencia y datos de la persona responsable y, del mismo modo, dadas las urgencias que el caso presenta, en el día a día; les requiero se pongan en comunicación con nosotros a fin de*

tratar a la mayor brevedad, los capítulos de gastos e indemnizaciones a las que la señora... se ha hecho acreedora, con ocasión de la errática intervención de los servicios médicos".

4.- Desde el Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea se requiere, con fecha 15 de abril de 2019, a la representación letrada de la reclamante para que acredite su representación y complete la reclamación en los términos previstos en el artículo 67 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

5.- Con fecha 14 de mayo de 2019, la representación letrada de la reclamante manifiesta que al no ser posible en esos momentos concretar el monto de los daños y perjuicios sufridos por doña..., una vez se proceda a su evaluación, se pondrá en conocimiento del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea; aportándose el correspondiente poder de representación el 31 de mayo de 2019.

6.- Por Resolución 689/2019, de 1 de julio, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud Osansubidea, se acuerda la inadmisión de la reclamación de responsabilidad patrimonial entendiendo que ésta resulta extemporánea, dado que el hecho causante de la responsabilidad aconteció el 16 de abril de 2016 y la reclamación se realizó el 25 de junio de 2018, por lo que se estima que han trascurrido más de dos años y la acción ha prescrito.

7.- Contra la citada Resolución, la representación letrada de la reclamante interpuso recurso de reposición con fecha 14 de agosto de 2019, en el que refuta las argumentaciones recogidas en el recurso y niega que hubiera transcurrido el año de prescripción para la reclamación de responsabilidad patrimonial, en atención a que el plazo debe computarse desde que se produzca el alta y/o estabilización de las lesiones, y no desde el momento de la intervención quirúrgica.

El recurso es admitido por Resolución 1137/2019, de 5 de noviembre, de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osansubidea, en atención a las alegaciones presentadas e informe emitido,

con fecha 3 de octubre de 2019, por el Jefe del Servicio de Rehabilitación del..., en cuanto a las fechas en las que puede ser consideradas las secuelas como definitivas.

Instrucción del procedimiento: historia clínica e informes

Admitido el recurso de reposición por Resolución 1137/2019, de 5 de noviembre, de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osansubidea, en ésta se dispone: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 23071/2019; 2º) nombrar instructor del procedimiento; 3º) informar a la interesada de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) informar que el plazo máximo para resolver y notificar la resolución es de seis meses a contar desde el 21 de octubre de 2019, entendiéndose desestimada la solicitud transcurrido dicho plazo sin resolución expresa o acuerdo indemnizatorio; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y su notificación a la interesada.

A) Informe del Jefe de Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del dolor.

Iniciada la instrucción, el instructor del procedimiento solicitó al Jefe del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, informe que fue emitido con fecha 16 de diciembre de 2019.

En el informe se refieren el estudio preoperatorio que se realizó y la catalogación de su estado físico como ASA III (afectación importante no incapacitante) “debido a las patologías previas de la enferma (cardiopatía hipertensiva y esclerosis microaórtica con función sistólica conservada, hiperlipemia, hemorragia cerebral intraparenquimatosa en 1994 sin secuelas, trasplante renal en 2011 por insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangiesclerosis, síndrome depresivo en 2006, extirpación de cáncer de colón y listesis L4-5 grado II que condiciona estenosis de canal lumbar) firmándose el oportuno consentimiento informado”.

Refiere el proceso seguido y los problemas presentados tras la operación:

"El 13 de abril se le realizó la IQ para colocarle una prótesis de rodilla (izquierda) bajo anestesia combinada subaracnoidea-epidural abordaje línea media posterior (punción subaracnoidea en L4-L5 y epidural en L3-L4) con objeto de dejar insertado un catéter epidural que hiciesen más fácil el manejo del dolor postoperatorio (algo muy frecuente en este tipo de intervenciones). La IQ transcurrió sin problemas y en la URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica) tampoco hubo problemas dignos de mención (se refundieron 900 ml de sangre recogidos en el drenaje-recuperador) y fue trasladada a la planta de hospitalización de traumatología con bloqueo motor parcial de la extremidad inferior izquierda y bloqueo motor nulo de la derecha.

A partir de ese día fue visitada todos los días por un miembro del servicio de anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor para evaluar la adecuación del tratamiento analgésico y la presencia/ausencia de efectos secundarios a causa del mismo.

Los días 14, 15 y 16 no se apreció ningún problema y así se escribe en la historia clínica informatizada (HCI); sí que sorprende que el primer día (14) intentó administrarse 504 dosis extra que la bomba no permitió (mecanismo de seguridad) proporcionando 44.

El día 17 se evidencia un cierto bloqueo motor en las extremidades inferiores (EE II), sin especificar si de una o de ambas piernas o de una de ellas en mayor grado que la otra, a la par que náuseas y vómitos tras la ingesta de líquidos. Ello se interpretó como consecuencia de la medicación analgésica para controlar mejor el dolor y por consiguiente se disminuye la misma.

El día 18 (5º día de postoperatorio) presenta un dolor acorde a la evolución de los días postoperatorios que lleva y al existir una ligera sedación y alguna náusea/vómito se decide retirar el catéter epidural (en el momento en el que el intervalo de seguridad así lo aconseje) y dejar el control analgésico a cargo de los traumatólogos. Desde ese momento el servicio de anestesiología deja de tener contacto con la enferma y toda la evolución de la enferma queda a cargo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

El día 21 de abril el traumatólogo que operó a María Asunción realiza una interconsulta (etiquetada como preferente y efectuada a las 14:16 h) al Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor dado que parece ser que a pesar de la retirada del catéter epidural persiste cierto grado de bloqueo motor en ambas EE II. No hubo llamada telefónica alguna al servicio de anestesiología ni intento de comunicación conmigo por parte de ningún miembro del servicio de

COT responsable del tratamiento con la enferma. Dicha interconsulta fue respondida al día siguiente (día 22 de abril) como se describe a continuación.

El anestesiólogo que responde la IC ve a la enferma y aprecia que puede haber una complicación seria (como primera opción sospecha un hematoma epidural) y pone en marcha los mecanismos oportunos para su diagnóstico y posible tratamiento. En ese momento la enferma nota disminuida la sensibilidad en ambas piernas y es capaz de moverlas pero con dificultad. Explorada e interrogada por este anestesiólogo de Guardia del día 22 la enferma reconoce mejoría de la debilidad de las extremidades inferiores tras retirar el catéter epidural aunque ese día 22 presenta en la EII (intervenida) sensación de hormigueo en toda la extremidad, parece que tiene una sensibilidad disminuida al estímulo doloroso en toda la EII; a nivel motor moviliza dedos del pie, no moviliza tobillo y rodilla en la EID refiere menor sensibilidad a estímulo táctil (como en la otra extremidad) pero responde al estímulo doloroso y a nivel motor mueve dedos del pie, no mueve tobillo pero flexiona la rodilla al sujetarle la extremidad. Lasegue negativo en ambas extremidades.

Se habla (por parte del anestesiólogo de guardia) con neurología, se realiza una resonancia magnética de la columna lumbar y se habla también con el traumatólogo de guardia después de haberse realizado la resonancia.

Los hallazgos son un hematoma intradural (identificado en primera instancia como epidural y posteriormente como intradural tal como escribe el doctor… en la HCI) de localización anterior. La conclusión del radiólogo es "hallazgos en relación con colección intrarraquídea anterior que se extiende desde L1 a L3, a valorar hematoma intradural agudo como primera posibilidad". El protocolo existente en el hospital para solucionar estos casos lleva a trasladar a la paciente a Neurocirugía.

Neurocirugía indica intervención quirúrgica para evacuar el hematoma pero a no estar la enferma en ayunas y llevar varios días de evolución el cuadro, haciendo un balance riesgo/beneficio pospone la IQ hasta el día siguiente (23 de abril) donde se realiza la evacuación de un hematoma intradural organizado a nivel L1-L2 de localización anterior (lo que se preciaba ya en la resonancia previa). Tras la intervención pasa a la URPA y tras una estancia sin problemas dignos de mención posteriormente a la planta de hospitalización de Neurocirugía (…).

A mediados de mayo fue trasladada al CHN-D para iniciar proceso de rehabilitación".

B) Informe del Jefe de Servicio de Neurocirugía

Asimismo, a solicitud del instructor, se emitió informe por parte del Jefe de Servicio de Neurocirugía, con fecha 8 de noviembre de 2019, en el que se señala que:

> *"por parte de Neurocirugía, no tengo nada más que agregar más que los datos existentes en la historia clínica de la paciente (remito copia de informe de ingreso, así como informe de alta de consulta).*
>
> *Tras revisar el caso, no aprecio datos de mala praxis en el manejo de esta paciente por parte del Servicio de Neurocirugía".*

En el informe clínico de alta de fecha 19 de mayo de 2016 se refiere que el motivo de ingreso es un "hematoma intradural lumbar". Tras indicar los antecedentes médicos y la historia actual, en la que se destaca que es "ingresada en traumatología para colocación de prótesis de rodilla izquierda de lo que se interviene el 13/04/16 tras lo que se le coloca un catéter epidural", siendo valorada el 22/4/16 "por un cuadro de paraparesia observándose en la RM dorso lumbar un hematoma intradural a nivel L1-L2 con clara comprensión de las raíces. La paciente refiere disestesias de varios días de evolución y paraparesia de 6 días de evolución con empeoramiento progresivo". Se le comenta "el mal pronóstico funcional de movilidad de EEII y se decide intervención quirúrgica urgente trasladándose a la planta de neurocirugía".

En el informe se recoge que "la paciente es intervenida de urgencia el día 23/4/2016 de laminectomía L1-L2, durotomía y extracción del hematoma intradural", así como que "el procedimiento transcurre sin incidencias significativas", que "durante su estancia en planta evoluciona favorablemente, con mejoría progresiva neurológica; siendo valorada por Urología que diagnostica posible vejiga neurógena secundaria a hematoma intradural, indicando probar retirada de sonda vesical para ver si micción espontánea, sino realiza micción espontánea colocar sonda vesical y mantener hasta la consulta de Urología… una vez que la paciente esté recuperada. Debido a su antecedente del trasplante renal, es vista también por Nefrología. Es valorada por el Servicio de Rehabilitación, que decide que continúe su tratamiento rehabilitador en la Clínica…, por lo que se solicita traslado de la paciente a dicho centro."

C) Informe Médico Pericial emitido por la Asesoría Médica de ....

Consta en el expediente el informe pericial emitido por … (en adelante, ...) con fecha 11 de mayo de 2020, emitido por un Médico Especialista en Anestesiología y Reanimación y una Médico Especialista en Neurología.

En el informe se detalla el resumen de la historia clínica, así como el contenido de los informes médicos y consentimientos informados.

En el apartado de las consideraciones médicas, se pone de relieve que la anestesia regional para cirugía de prótesis de rodilla es un proceso seguro y de utilización generalizada en la actualidad, así como que los hematomas subdurales (HS) y epidurales (HE) son complicaciones muy poco frecuentes de los bloqueos centrales, que en algunos casos pueden ser complicaciones muy graves y dar origen a deficiencias neurológicas permanentes. Su sintomatología se debe al efecto masa que puede producir, lo cual obliga a un rápido diagnóstico mediante resonancia magnética y a una rápida evacuación quirúrgica. Puede tener un origen traumático, quirúrgico, relacionados con punciones lumbares, mielografías lumbares, anestesias subaracnoideas, anestesias epidurales, anestesias epidurales sin perforación del saco dural, con la colocación de catéteres epidurales para tratamiento del dolor, con anestesias combinadas epidural-subaracnoidea, con la administración de parches hemáticos, secundarios a la rotura de malformaciones vasculares, secundario a la colocación de catéteres de derivaciones de LCR ventrículo-peritoneal; y ser también de origen espontáneo, pudiéndose generar en pacientes sin historia de diátesis hemorrágica ni de otro antecedente, o en pacientes oncológicos, incluso en casos en los que ha habido punciones limpias sin que aparezca sangre en la aguja durante la punción**.**

En cuanto al tratamiento de los HS, se indica que “los resultados quirúrgicos son buenos en un 40% de los casos. En el HS espinal, si aparecen signos deficitarios, el tratamiento de elección es la laminectomía con evacuación del hematoma, que se debe efectuar de manera urgente para evitar lesiones neurológicas permanentes. Los resultados neurológicos dependen de la rapidez en que se desarrolle la descompresión, del tamaño y

extensión del hematoma, del compromiso neurológico ya existente y del tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta la evacuación. Se ha comprobado que la laminectomía efectuada entre 6-8 horas tras el inicio de la clínica ofrece las mejores oportunidades de recuperación neurológica completa. Se recomienda que no se demore más de 8 horas desde la aparición de los síntomas, aunque también están descritos casos en los que se realiza la descompresión quirúrgica pasados 12 horas e incluso 72 horas con recuperación completa".

Por lo que se refiere al análisis de la práctica médica se indica que, en el caso de la paciente, la anestesia regional para cirugía de extremidad inferior resultaba prioritaria dados sus antecedentes previos (cardiopatía hipertensiva, esclerosis mitroaórtica con función sistólica conservada, hiperlipidemia, hemorragia cerebral intraparenquimatosa, trasplante renal, síndrome depresivo) al ser catalogada en el estudio preoperatorio como como ASA III. Se señala que de "la documentación aportada referente a la hoja de anestesia y la URPA, no existen datos que nos indiquen que existió mala praxis o problema alguno". Igualmente que, según informe de control postanestésico, "el control analgésico es aparentemente adecuado, tras bolo inicial en URPA de 10 ml de I-bupivacaina a 0,25% e instaurándose PCAE. La paciente es trasladada a la planta de hospitalización de traumatología con bloqueo motor parcial de la extremidad inferior izquierda y bloqueo motor nulo de la derecha, lo cual es claramente indicativo que la paciente se recuperó en su totalidad de la anestesia recibida durante la intervención".

También se pone de manifiesto que el día 18 de abril es cuando la paciente refiere "dolor en la zona lumbar, que mejora con cambios posturales...dado que ya lleva 96 horas postoperatorias y el control del dolor es aceptable, se decide retirar la PCEA... se le indica a la enfermera la retirada de catéter en las horas de seguridad por el clexane. No obstante, y ante la evolución atípica de los síntomas es el día 21 de Abril cuando se avisa al Servicio de Anestesiología por una afectación motora bilateral". Es de destacar que, según el informe del Jefe de Servicio de Anestesia, "no se realizó llamada telefónica alguna al Servicio de Anestesiología ni intento de comunicación conmigo por parte de ningún miembro del servicio de

Traumatología". Y que será el día 22 de abril a las 11:56 horas cuando se responda "a la interconsulta solicitada el día 21 de abril de 2016 a las 14:16 horas por bloqueo motor notable en ambas MMII para la valorar la situación, con carácter preferente. En dicha respuesta se aprecia que puede haber una complicación seria, iniciándose los mecanismos oportunos para su diagnóstico y posible tratamiento. Se habla con neurología, se realiza una resonancia magnética de la columna lumbar y se habla también con el traumatólogo de guardia después de haberse realizado la resonancia".

En el informe se reflejan las siguientes conclusiones generales:

1. "La anestesia regional para cirugía de extremidad inferior es un proceso seguro y de utilización generalizada en la actualidad, siendo la analgesia epidural una de las principales técnicas más utilizadas para el control del dolor postoperatorio tras prótesis de rodilla.
2. Los antecedentes previos del paciente (cardiopatía hipertensiva, esclerosis mitroaórtica con función sistólica conservada, hiperlipidemia, hemorragia cerebral intraparenquimatosa) hacían que la indicación de una anestesia regional en su caso concreto fuera la correcta.
3. La paciente firma un consentimiento informado para anestesia a fecha 18 de marzo de 2016 y 23 de abril de 2016, donde se especifica entre los riesgos de la anestesia espinal o anestesia (analgesia epidural la «neuropatía periférica transitoria (1:10000) o permanente (1:100000)».
4. Durante la intervención no existen datos que nos indiquen que existió mala praxis o problema alguno, realizándose una anestesia combinada mediante punción intradural junto con punción epidural, especificando que la punción fue fácil y sin complicaciones.
5. La paciente pasa a planta con recuperación de la movilidad y sensibilidad en miembros inferiores y con analgesia por el catéter epidural, lo que queda además constatado en los días posteriores de postoperatorio (días 14, 15 y 16 de abril) donde no

encontramos en la documentación aportada evidencia de alteración ninguna.

6. Es imposible atribuir a la punción lumbar realizada durante la anestesia el hematoma espinal que sufrió la paciente, ya que la intervención fue el 13 de abril y no es hasta el día 17-18 de abril, a los 4-5 días de la anestesia, cuando existen datos clínicos en su historia que permitían sospechar la existencia de dicha complicación
7. Los síntomas de dolor lumbar aparecieron el día 18, sin embargo, no es hasta el día 21 cuando se realiza la interconsulta a anestesia por una afectación motora bilateral, existiendo un retraso de 4-5 días en el diagnóstico del hematoma espinal.
8. Aunque una vez diagnosticado el hematoma espinal el manejo fue correcto, el retraso en el diagnóstico pudo condicionar una peor evolución y persistencia de las secuelas neurológicas".

Señalándose como conclusión final que: "La asistencia médica fue ajustada a la lex artis, y es acorde a lo publicado en la bibliografía. Existió un retraso en el diagnóstico del hematomaespinal que condicionó un retraso en el tratamiento y un peor pronóstico".

D) Dictamen pericial de valoración del daño corporal de ...

En el expediente se recoge, igualmente, el dictamen emitido por ..., cuyo autor es el doctor…, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Máster en Urgencias y Emergencias, Máster en Valoración del Daño Corporal, Pericia Médica y Resolución Extrajudicial de Conflictos de Responsabilidad Sanitaria, de fecha 11 de mayo de 2020, en el que se procede a la valoración del daño corporal de la reclamante.

En el mismo se resume la historia clínica:

"Intervenida en… el 13.04.2016 de prótesis total de rodilla izquierda (PTRI) que bajo anestesia subaracnoidea epidural. La valoración preanestésica consideró a la paciente ASA III.

Tras la intervención la paciente fue a URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica) con estancia sin incidencias y posteriormente trasladada a planta.

Cuatro días después de la intervención el 17.04.2016 se aprecia cierto bloqueo de extremidades inferiores (MMII) junto con náuseas y vómitos, y al día siguiente 18.04.2016 dolor acorde a la evolución postoperatoria, y se decide retirar el catéter epidural por la ligera sedación y las náuseas.

El 21.04.2016 se realiza ITC de Trauma a Anestesia por persistencia de cierto bloqueo motor de MMII. El 22.04.2016 el anestesista valora a la paciente constatando la paraparesia con exploración neurológica:

- miembro inferior derecho (MID) proximal 3/5, distal 2/5, con extinción sensitiva

- miembro inferior izquierdo (MII) proximal 1/5, distal 2/5.

Exploración neurológica. EF: Consciente. No déficit motor en extremidades superiores. Pierna derecho proximal a 3/5, pierna izquierda a 1/5, extinción sensitiva derecha. A nivel distal 2/5 en ambos pues. Globo vesical.

Sospechando hematoma epidural comenta el caso con Neurología y se solicita RMN detectando hematoma intradural agudo, indicando el servicio de Neurocirugía intervención para evacuar el hematoma que se realiza el día 23.04.2016 realizando laminectomía L1-L2 durotomía y extracción del hematoma intradural. Tras la intervención pasa a URPA y posteriormente sin incidencias a planta de Neurocirugía

En el postoperatorio de neurocirugía la paciente está sondada por diagnóstico de vejiga neurógena secundaria a hematoma intradural.

Se realiza traslado el 19.05.2016 a Clínica… para continuar tratamiento RHB …

La paciente realizando tratamiento fisioterápico y terapia ocupacional tiene buena evolución que el 16.09.2016 (que se da alta para pasar el fin de semana en domicilio) con Diagnóstico Paraparesia secundaria a hematoma intradural. Prótesis de rodilla izquierda…

El 26.10.2016 en revisión refiere estar mejor, camina en la terraza de casa 400 mts con andador…

El 24/11/2016 camina con andador, y en gimnasio ha probado muletas con tendencia al valgo de rodilla.

El 18.07.2017 en revisión RHB, hace tratamiento 3 días por semana, anda en paralelas y nota que le falla la rodilla izquierda. Controla esfínteres. Transferencias independientes en entorno adaptado. En

domicilio refiere que camina poco y solo da unos pocos pasos en el andador en domicilio con las ortesis foot-up. Barthel 50.

A pesar de que la evolución ha sido relativamente satisfactoria respecto a su estado inicial las secuelas la discapacitan para llevar una vida independiente requiere ayuda de otra persona para realizar buena parte de las AVD básicas…

En consulta de RHB de fecha 30.11.2017 se mantiene la misma exploración, refiere que ha perdido capacidad de deambulación de 300 mts con andador y 100 mts con muletas tras un episodio de GEA el 8.10.2017. Tiene un Barthel de 55.Control de esfínteres…

El 29.05.2018 en revisión se encuentra similar a revisión de 1,5 años (pg. 187 historia 1).

El 3.01.2019 en consulta de Neuropsiquiatría se considera estabilizada a nivel psicopatológico. Se deriva a seguimiento por su MAP.

El 8.11.2019 es dada de alta por parte de Neurocirugía indicando Herida quirúrgica en buen estado. Realiza RHB diaria con mejoría de fuerza.

En cuanto a las lesiones, se indica que las diagnosticadas se corresponden con «Paraparesia secundaria a hematoma intradural, realizándose laminectomía L1-L2 y extirpación del hematoma».

Para la valoración de las indemnizaciones por lesiones temporales se parte de que la fecha de inicio sería el 22.04.2016, día en que el anestesista constata la paraparesia y queda el paciente a cargo de neurocirugía, y la fecha de estabilización de las lesiones temporales se sitúa en 26.10.2016. Argumentándose que, «aunque se haga referencia en el informe de 30.11.2017 de que la paciente no mejora y las considera secuelas, dicha mejoría no se produce desde el 26.10.2016», conforme a la comparativa de los informes y las exploraciones que se incluyen en el informe**.** Indicándose que el empeoramiento del día 30.11.2017 «es atribuido a la debilidad secundaria al proceso gastroentérico por el que fue a urgencias el 8.10.2017». También se señala que en «consulta RHB el 3.01.2018 (pg. 184 historia I) se indica nuevamente que la paciente iba mejorando y a raíz del episodio diarreico empeoró funcionalmente dejando de andar los 100 mts que andaba con muletas. Indica que tiene continencia de esfínteres y las transferencias son independientes en entorno adaptado. Además se reconoce en consulta de 29.05.2018, la estabilidad de la exploración con respecto a la realizada 1,5 años antes»".

En cuanto a los periodos de indemnización se reseña:

“Inicio lesiones temporales el 22.04.2016 hasta alta de RHB 29.09.2016 son días de ingreso siendo el día final de lesiones temporales cuando se consideran establecidas las secuelas el 26.10.2016.

A ello hay que restar el tiempo medio de estabilización de la cirugía de prótesis de rodilla, que según el manual de tiempos óptimos del INSS se estima por analogía el código S72.9 Fractura no especificada de Fémur con un tiempo estándar de 120 días.

De los 120 días de tiempo medio de estabilización de cirugía de prótesis de rodilla, 7 días se considerarían días de ingreso, el resto serían días de perjuicio moderado (113 días).

Así pues tenemos los siguientes periodos:

- Ingreso para PTR 13.04.2016 hasta diagnóstico de paraparesia 22.04.2016 (9 días).

- Ingreso NRC 22.04.2016 por paraparesia hasta alta de hospital RHB 29.09.2016.

- Desde alta hospital RHB 29.09.2016 hasta estabilización secuelas 26.10.2016.

Lesiones temporales por la paraparesia.

- Días de ingreso: 160 días.

- Días esta secuelas: 27 días.

A estos días hay que restar los 7 días PPP grave y los 113 de PPP moderado de los tiempos estimados de la cirugía de PTR.

Lesiones temporales:

<u>Perjuicio Personal por Pérdida de Calidad de Vida.</u>

- PPP grave son 153 días, pero de estos 153 días, 104 días (113 días menos los 9 días desde el ingreso del día 13.04.2016 hasta el diagnóstico de paraparesia) hubieran sido, en condiciones normales, sin la complicación del hematoma, de no ingreso, derivados de la convalecencia de PTR según los tiempos óptimos del INSS, y ha de baremarse la diferencia entre días de PPP grave y PPP moderado. Siendo por lo tanto según baremo 104 días a 23€ (diferencia entre 75 y 52 €) y 49 días a 75€.

- PPP moderado 27 días

<u>Perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas</u>

- Cirugía: Laminectomía L1-L2 y durotomía y evacuación de hematoma intradural.

Según nomenclátor es el acto 1583 perteneciente al Grupo V rango de indemnización de 950,00-1.100,00 €.

Perjuicio Patrimonial (tabla 3C)

- Gastos de Asistencia Sanitaria: Están cubiertos por el Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, así como las prótesis, órtesis, ayudas técnicas y productos de apoyo para la autonomía personal que por prescripción facultativa (art. 141 Ley 35/2015) necesite el lesionado hasta el final del proceso curativo o estabilización de la lesión y su conversión en secuela, siempre que se justifiquen debidamente y sean médicamente razonables en atención a la lesión sufrida y a sus circunstancias (Decreto Foral 17/1998, de 26 de enero)

- Gastos diversos resarcibles. Gastos que la lesión produce en el desarrollo de la vida ordinaria del lesionado hasta el final del proceso curativo o estabilización de la lesión y su conversión en secuela, siempre que se justifiquen y sean razonables en atención a sus circunstancias personales y familiares".

En lo referente a las indemnizaciones por secuelas se establece lo siguiente:

"Psicofísicas: 53 puntos de secuela tras aplicar formula de Balthazar.

- Paraparesia 01021 Moderada (balance muscular Oxford 3) estimando 50 puntos de secuela (rango de 41-60 según baremo).

La paraparesia es la disminución de la fuerza en los miembros inferiores por afectación de las raíces desde L4 como indican las exploraciones de RHB del balance muscular, y se valora con la escala de Oxford.

La valoración en conjunto de la extremidad es de 3 en conjunto de todos los grupos musculares, lo que la permite mantener la bipedestación apoyada con el empleo de ortesis y deambular con andador y bastones.

Las paraparesias o las tetraparesias de origen medular casi siempre producen un nivel sensitivo a la altura de la lesión y, a menudo, se acompañan de alteraciones en el control de los esfínteres.

El cuadro clínico es el de una paraparesia aguda con alteraciones sensitivas y del control esfinteriano. La proporción e intensidad de esos síntomas es variable en las diferentes series: déficit motor, 25-52%; déficit sensitivo, 4-46%; dolores dorsales, 24-37%; dolores radiculares, 21-24%, y alteraciones esfinterianas, 3-12%.

Por lo tanto no se pueden baremar como secuelas ni la alteración del control de esfínteres ni el dolor neuropático considerados en la pericial del Dr…, ya que sería una duplicidad de secuelas.

Además, según los test de Barthel realizados (pgs. 618 a 624 de Historia 2) el paciente es continente para la orina como además indica el urólogo en informe de 13.09.2016.

Con respecto al esfínter anal y su continencia se ve afectada por la diarrea que presenta, y en los distintos Test de Barthel realizados la paciente tiene puntuaciones variables, que se pueden ver influidas por las diarreas que presenta la paciente que podría ser responsable de los episodios de incontinencia que no son continuos, motivo por el que lleva el pañal. Considerando la fecha de estabilización de las lesiones, aparición de secuelas el test de Barthel tiene una puntación de 70.

- Trastorno depresivo: La paciente con antecedentes previos de ansiedad tiene un evolutivo durante el ingreso adecuado, llegando a estar previo al alta de la Clínica… sin ansiedad, aceptando a tomar lorazepan para valorar si la diarrea que presenta tiene un componente psíquico.

Al alta se considera un cuadro depresivo adaptativo que ha mejorado el estado de ánimo, retirándose el citalopram.

Se considera por lo tanto un trastorno depresivo leve 01162 leve 7 puntos de secuela. Hay que considerar estado previo 01165 trastorno distímico baremado en 2 puntos de secuela. Restado el estado previo se estiman 5 puntos de secuela.

Estéticas: Importante 25 puntos de secuela (rango 22-30).

Según el artículo 102.2.c del Baremo (ley 35/2015) el perjuicio estético importante se asimila con la paraplejia, y aunque el paciente no está parapléjico, se considera perjuicio estético importante en su menor cuantía ya que la paciente presenta paraparesia y tiene actividad para deambulación con asistencia de andador o bastones para distancias cortas, precisando de silla de ruedas para distancias mayores".

En el capítulo de perjuicios personales particulares se estiman los siguientes:

"1.- Daño moral complementario por perjuicio psicofísico: No cumple criterios de baremo no alcanza 60 puntos de secuela.

2.- Daño moral complementario por perjuicio estético: No cumple criterios de baremo, no alcanza 36 puntos de secuela.

3.- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida por las secuelas: Perjuicio Grave con una horquilla según baremo de 40.000,00 - 100.00,00 €.

El perjuicio grave es aquel en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar algunas de las actividades esenciales en el

desarrollo de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal. El perjuicio moral por la pérdida de toda posibilidad de realizar una actividad laboral o profesional también se considera un perjuicio grave…

Se trata de una mujer de 61 años que según los informes tiene afectadas las actividades esenciales y específicas anteriormente indicadas, por lo que se estima en el 40 % del intervalo (64.000,00 €).

4.- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares. No cumple criterios de baremo, ni de grandes lesionados, ni baremación secuela superior a 80 puntos".

Por lo que se refiere al daño emergente se indica lo siguiente:

"- Gastos previsibles de Asistencia Sanitaria y de Rehabilitación. Están cubiertos por el Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

- Prótesis y Ortesis. Están cubiertos por el Decreto Foral 17/1998, de 26 de enero, reguladora de la prestación ortoprotésica del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

- Ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal.

Están cubiertos por el Decreto Foral 17/1998, de 26 de enero, en los mismos términos que el apartado anterior.

- Adecuación de vivienda.

Según se acredite y justifique, con máximo de 150.000,00 €.

- Perjuicio por incremento en costes de movilidad

Según se acredite y justifique, con máximo de 60.000,00 €.

- Ayuda de tercera persona:

Según la tabla 2.C.3 del Baremo corresponde aplicar el Código A01021 Paraparesia moderada Oxford 3 que indica que las ayudas de tercera persona para la patología de la paciente son 2 hr que se trasladara su cuantificación a la tabla 2.C.3 para un lesionado de 61 años (9.737,27 €).

- Lucro cesante

Se considera una Incapacidad Permanente Absoluta, por lo que según artículo 131 al ser lesionada con dedicación a las tareas del hogar correspondería el equivalente a un salario mínimo interprofesional anual. (9,172,80 € según Real Decreto 1171/2015, de 29 de diciembre, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2016)".

El informe incluye también varias consideraciones médico legales.

En lo relativo al nexo de causalidad, se reconoce que “las secuelas determinadas son compatibles con un hematoma espinal”.

Por lo que se refiere a la pérdida de oportunidad, se reseña literalmente que:

> “El paciente inicia clínica neurológica el 21.04.2016 inespecífica por lo que COT solicita ICT a Anestesia, la cual el día 22.04.2016 constata paraparesia que en RMN objetiva hematoma intradural agudo que se interviene el 23.04.2016.
>
> El pronóstico de los hematomas subdurales o intradurales depende del estado neurológico preoperatorio y de la rapidez de la descompresión quirúrgica una vez iniciados los síntomas neurológicos. El 65 % de los pacientes tratados antes de las 12hr muestran una recuperación completa, y sólo la mitad de los hematomas subdurales operados puede hacer una vida independiente tras la cirugía.
>
> Por lo tanto puede establecerse una pérdida de oportunidad del 65%”.

En el informe se establecen las conclusiones siguientes:

> “1.- La paciente fue intervenida en CHN de prótesis total de rodilla izquierda el 13.04.2016.
>
> 2.- El día 22.04.2016 se diagnostica de paraparesia por hematoma intradural agudo, realizándose laminectomía L1-L2, durotomía y extracción de hematoma intradural.
>
> 3.- La valoración del daño se realiza acorde a la Ley 35/2015 con baremo de 2016 de la siguiente manera:
>
> - Indemnizaciones por lesiones temporales
> - Perjuicio personal particular grave: 153 días
> - 104 días a 23 €
> - 49 días a 75 €
> - Perjuicio personal particular moderado: 27 días
> - Cirugía laminectomía acto 1583 Grupo V nomenclátor
> - Indemnizaciones por Secuelas
> - Perjuicio Básico
> - Secuelas Psicofísicas 53 puntos de secuela.
> - Secuelas Estéticas: 25 puntos de secuela.
> - Perjuicio Personal Particular

- Perjuicio Moral GRAVE por Pérdida de Calidad de vida, se estima en el 40 % del intervalo.

- Daño emergente

- Adecuación de vivienda (según se acredite, máximo 150.000,00 €).

- Incremento de costes de movilidad (según se acredite, máx 60.000,00€).

- Ayuda de tercera persona: Código A01021 Paraparesia moderada Oxford 3, corresponden 2 hr.

- Lucro cesante. 1 anualidad de SMI

4.- Se establece una pérdida de oportunidad del 65 % aplicable al total de la indemnización de la valoración del daño.

5.- El presenta informe tiene por objeto la valoración del daño corporal sin que ello implique el reconocimiento de una praxis deficiente o errónea".

Trámite de audiencia y alegaciones.

1.- Mediante escrito de fecha 2 de abril de 2019, posteriormente aclarado por otro de 28 de agosto de 2020, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia a la interesada por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, de otros documentos y de las justificaciones que estimara pertinentes. Asimismo, se facilitó copia de los informes médicos proporcionados por los Servicios de Urgencias del…, de…, además de la historia clínica remitida por la Gerencia del Área de… y del informe médico pericial emitido por la asesoría de ....

2.- Por escrito de 14 de septiembre de 2020, el letrado de la reclamante presenta alegaciones, en las que manifesta:

"se pretende obviar la responsabilidad en la intervención llevada a cabo por el …, con la exculpatoria actuación interdepartamental de los distintos servicios actuantes, entre traumatología y anestesia, aun cuando el informe de ... ya recoge la existencia indubitada de un retraso en el diagnóstico del hematoma espinal sufrido con afectación motora bilateral.

Igualmente la jefa del servicio de neurocirugía recoge el hematoma intradural, se dirá con disestesias de varios días de evolución y paraparesia de 6 días de evolución, con empeoramiento progresivo, siendo intervenida de urgencia a la lesionada el 23/4/2016, tras la

primera intervención del 13/4/2016, en el que se instaura el catéter epidural. Asimismo, el jefe de servicio de anestesia, reanimación y terapéutica del dolor relata el hematoma intradural identificado en primera instancia como epidural, y refiere como el día 18 (quinto de postoperatorio) tras la retirada del catéter epidural el servicio de anestesiología deja de tener contacto con la enferma".

3.- A las alegaciones se adjunta el informe pericial del doctor… En el informe se indica que se trata de un proceso en el que la reclamante sufre de la "afectación neurológica postquirúrgica motora y sensitiva de los miembros inferiores" que se entiende producida por una mala praxis médica de fondo y forma por la actuación seguida por el SNS-O, indicándose que:

"1º) No consideraron conjunta y asistencialmente (al menos suficientemente) la negativa y progresiva evolución en una paciente que pide ayuda asistencial. Por patología neurológica, con falta de movilidad y dolor en miembros inferiores que antes de la cirugía no presentaba.

2º) No se atiende con suficiente precocidad y preferencia al acontecer del proceso… manteniendo una actitud pasiva ante una parálisis de los miembros inferiores.

3º) No se estableció un tratamiento protocolario a tiempo, en forma y fondo (con medios y recursos terapéuticos). No se reintervino hasta pasados 9 días (¡¡el 23.04.2016!!) de la primera cirugía (14.04.2016) ya con signos y síntomas establecidos desde el inmediato postoperatorio…

4º) No se aportó una información precisa sobre la situación de alternativas anestésicas, <u>evolución, protocolo de seguimiento por las diferentes especialidades, historias gráficas, riesgos…</u>

6.a) Al NO evaluar y actuar (al menos suficientemente precoz) los síntomas y signos postquirúrgicos específicos del proceso para establecer un criterio diagnóstico y consecuentemente terapéutico.

6.b) Al NO haber obrado con la responsabilidad que el caso requería, ya que estas SÍ han sido causa de: Negligencia ("NO se ha hecho lo que SÍ se debió hacer", obrando con habilidad, praxis y diligencia: Había que haber actuado en equipo y haber realizado una resonancia precoz)…

7º) Es evidente que para nada se ha cumplido el propósito de reparar, sino que consecutivo a la cirugía se incrementaron lesiones:

7.a) Lesiones orgánicas y funcionales: Motoras y sensitivas localizadas en médula espinal y afectando pelvis y miembros inferiores.

7.b) Afectación neuropsicológica.

Lo cual implica que:

8º) Que NO SE HAN APORTADO LOS MEDIOS MATERIALES Y HUMANOS disponibles por ejemplo: pruebas (resonancia magnética, electroneurofisiología) y revisión quirúrgica precoz por quien y cómo corresponda / control electroneurofisiológico intra y post-operatorio) para una correcta gestión del proceso.

8.b) Es evidente que aún cuando estas lesiones anestésicas, quirúrgicas, postquirúrgicas- postasistenciales pudieran ocurrir como complicación quirúrgica.

8.b.1) Es más evidente que con una actuación precisa, cuidadosa y precoz: «antes de 12 horas» se tienen opciones terapéuticas (independientemente del protocolo a seguir) respecto a una mayor/mejor calidad de vida.

8.b.2) Que así mismo, que haya una lesión de este tipo no justifica mantener una actitud postquirúrgica pasiva, y que dicha complicación obliga a la inmediata realización de pruebas complementarias por ej: una resonancia magnética y/o revisión quirúrgica para tomar una decisión terapéutica, para al menos intentar reparar el segmento afectado".

En el informe se establece como derivaciones temporales la fecha del suceso de 13 de abril de 2016 y de estabilización de las lesiones el 30 de noviembre de 2017, en atención a que en el informe de rehabilitación del Servicio Navarro de Salud (…), el doctor… señala que "*Dado el tiempo transcurrido desde que se produjo la lesión medular y la colocación de la prótesis de rodilla izda y la evolución seguida puede hablarse de secuelas definitivas. Es muy probable que en la próxima revisión sea dada de alta por lo que convendría ver si es posible hacer algo de fisioterapia de mantenimiento en zona cercana a su área de residencia...*"

En cuanto a la valoración de los daños se va reiterando en el informe la siguiente estimación:

I. Lesiones temporales:

1.- Perjuicio temporal personal particular de tipo grave: 530 días por lesiones latrogénicas, después de haber descontado en 67 días que

se entiende serían lo que habría que deducir por la evolución normal del proceso de la operación sin complicaciones:

2.- Perjuicio por cirugías: grupo 5 sobre 8, 62,5 %.

3.- Perjuicio patrimonial temporal.

"Daño emergente: Se correspondería con la totalidad de los gastos necesarios de asistencia médico-sanitaria hasta estabilización lesional**.**

Se resarcen los gastos de asistencia sanitaria y el importe de las prótesis, órtesis, ayudas técnicas y productos de apoyo para la autonomía personal que por prescripción facultativa necesite el lesionado hasta el final del proceso curativo o estabilización de la lesión y su conversión en secuela, siempre que se justifiquen debidamente y sean médicamente razonables en atención a la lesión sufrida y a sus circunstancias.

Se entiende por asistencia sanitaria la prestación de servicios médicos, hospitalarios, farmacéuticos, así como las prestaciones complementarias que se requieran para el diagnóstico o tratamiento de las lesiones y el transporte necesario para poder prestar la asistencia. A menos que sea objeto de una partida resarcitoria específica, se entiende que también incluye la prestación de servicios de rehabilitación".

1.a) Gastos médico-asistenciales:

Transporte (consultas, rehabilitación …):

Medios técnicos, ayudas y productos de apoyo para la autonomía personal:

Son ayudas técnicas y productos de apoyo para la autonomía personal para personas con discapacidad los instrumentos, equipos o sistemas utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, que potencian la autonomía personal o que tienen por objeto prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la vida de relación. También se incluyen aquellos que potencien su autonomía personal.

Son medios técnicos las ayudas técnicas incorporadas a un inmueble".

1.b) Gastos <u>diversos</u> resarcibles:

Costes de movilidad y transporte

Gastos a familiares (desplazamiento para su atención …):

Gastos que la lesión produce en el desarrollo de la vida ordinaria del lesionado hasta el final del proceso curativo o estabilización de la lesión y su conversión en secuela, siempre que se justifiquen y sean razonables en atención a sus circunstancias personales y familiares. En particular, siempre que se cumplan los requisitos del apartado anterior, se resarcen los incrementos de los costes de movilidad del lesionado, los desplazamientos de familiares para atenderle cuando su condición médica o situación personal lo requiera y, en general, los necesarios para que queden atendidos él o los familiares menores o especialmente vulnerables de los que se ocupaba".

II.- Derivaciones permanentes

1.- Perjuicio personal básico por secuelas:

"Secuelas psico-físicas: 70 & 30 & 20 & 11 & 5: 87 puntos
01015. Paraplejia D11-L2 (75-79) vs 01022. Paraparesia grave en miembros inferiores (61-70): 70 puntos.
07011&06016. Alteración control de esfínteres: 30 & 20 puntos.01038. Dolor neuropático (5-20): 5 puntos.
01163. Trastornos del humor: 11 puntos.
Secuelas estéticas: perjuicio estético muy importante (31-40): 36 puntos".

2.- Perjuicio personal particular de las secuelas-Daño moral. Por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas: perjuicio grave.

3.- Daño moral complementario:

"Por perjuicio psico-físico con una sola secuela ≥ 60 puntos

Secuelas concurrentes ≥ 80 puntos

Por perjuicio estético: secuelas ≥ 36 puntos".

4.-Perjuicio particular familiar: Por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados y/o ≥ 80 puntos:

- "Edad de lesionada: 63 años
- Dependencia de la lesionada. En este caso total.
- Alteración en la vida familiar de la lesionada. En este caso máxima".

5.- Perjuicio patrimonial definitivo (post-estabilización lesional).
Daño emergente:

- Gastos en rehabilitación domiciliaria y ambulatoria:

"Informe del Servicio de Rehabilitación del Servicio Navarro de Salud (…), firmado por el Dr…, con fecha de firma 30.11.17 (sobre la consulta del 26.10.17): *"Procedimiento: Seguir con fisioterapia a días alternos (muy probable alta en próxima revisión). Lleva en fisioterapia desde Octubre del 2016.*

Rehabilitación domiciliaria y ambulatoria.

1. Se resarce directamente al lesionado el importe de los gastos de rehabilitación futura que, por el correspondiente informe médico, precise el lesionado en el ámbito domiciliario o ambulatorio respecto de las secuelas a que se refieren las letras a), b) y c) del apartado 3 del artículo 113, después de que se produzca la estabilización.

2. La necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de rehabilitación futura deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico desde la fecha de estabilización de las secuelas.

3. El importe máximo resarcible es el fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos.

4. El estado vegetativo crónico y tetraplejia igual o por encima de C4 se indemnizará hasta un máximo de trece mil quinientos euros anuales. Los casos en los que coincidan tetraparesias graves, secuelas graves de lenguaje y trastornos graves neuropsicológicos los gastos de rehabilitación futura se indemnizarán con un máximo de nueve mil quinientos euros anuales. El resto de supuestos se indemnizarán con un máximo de cinco mil ochocientos cincuenta euros anuales.

5. El importe de estos gastos se podrá indemnizar en forma de capital utilizándose un factor actuarial de conversión establecido en la tabla técnica de coeficientes actuariales de conversión entre rentas y capitales (TT1) incluida en las bases técnicas actuariales a las que se refiere el artículo 48".

Gastos previsibles de asistencia sanitaria futura.

1. Los gastos de asistencia sanitaria futura compensan, respecto de las secuelas a que se refieren los apartados 2, 3 y 4 de este artículo, el valor económico de las prestaciones sanitarias en el ámbito hospitalario y ambulatorio que precise el lesionado de forma vitalicia después de que se produzca la estabilización de las lesiones y también aquellas prestaciones sanitarias que se produzcan en el ámbito domiciliario que, por su carácter especializado, no puedan

ser prestadas con la ayuda de tercera persona prevista en los artículos 120 y siguientes.

2. Los gastos de rehabilitación en régimen hospitalario se resarcen de acuerdo con las reglas del artículo 114, mientras que los de rehabilitación domiciliaria y ambulatoria se resarcen de conformidad con el artículo 116.

3. Las secuelas que, en todo caso, dan lugar a la compensación de los gastos de asistencia sanitaria futura son:

a) Los estados de coma vigil o vegetativos crónicos.

b) Las secuelas neurológicas en sus grados muy grave y grave.

c) Las lesiones medulares iguales o superiores a cincuenta puntos.

d) Las amputaciones u otras secuelas que precisen la colocación de prótesis.

4. Se presume, salvo prueba en contrario, que da lugar a compensación de gastos de asistencia sanitaria futura la secuela que sea igual o superior a cincuenta puntos y las secuelas concurrentes y las interagravatorias que sean iguales o superen los ochenta.

5. En las secuelas iguales o superiores a treinta puntos y que por su naturaleza pueden requerir un tratamiento periódico, deberá demostrarse mediante prueba pericial médica la previsibilidad de dichos gastos futuros.

6. La periodicidad y cuantía de los gastos de asistencia sanitaria futura deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico de conformidad con las secuelas estabilizadas de las lesiones.

7. Los gastos que no sean previsibles de acuerdo con las reglas anteriores sólo serán resarcibles en los supuestos previstos en el artículo 43 en materia de modificación de las indemnizaciones fijadas.

6.- Otros supuestos

“Secuela única ≥ 50 puntos. (Lo cumple) Total: 70 puntos

Concurrentes y/o interagravatorias ≥ 80 puntos. (Lo cumple) Total: 87 puntos

Gastos pérdida autonomía personal:

1. Ayudas técnicas (cama, grúa, silla ruedas…colchón)/ productos de apoyo:

Teniendo en cuenta:

- Edad lesionado. En este caso: 63 años

- Necesidad de recambios

- Necesidad de ayuda: En este caso: total.

Pérdida de autonomía personal que deberá ser considerada como grave o muy grave. (Lo cumple)

2. Adecuación de vivienda: (Tiene que haber una pérdida de autonomía personal grave o muy grave) (Lo cumple)

3. Incremento de costes de movilidad: (Tiene que haber una pérdida de autonomía personal según afectación de su movilidad)

Teniendo en cuenta el Art. 119:

- Pérdida de autonomía. En este caso grave.

- Costes desplazamientos. En este caso por no poder tener uso de vehículo particular.

(Lo cumple)

4. Ayuda de tercera persona: Con pérdida de autonomía personal y con requerimiento de 4-5 horas/día. (Ver tabla 2.C.2 significando que dichas secuelas –directamente o por analogía- pág. 84924, 84925, 84926, establecen ayuda de 3ª persona y siempre teniendo en cuentasu estado previo)

TABLA 2 C.2 HORAS DIARIAS DE NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA SEGÚN SECUELA DEL ARTÍCULO 123		
código	DESCRIPCION DE LAS SECUELAS CAPITULO I. SISTEMA NERVIOSO A) NEUROLOGIA	HORAS DIARIAS DE NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA SEGÚN SECUELA
1.Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular		
A01008	*Hemiplejia* Según compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, de esfínteres y dominancia.	4-5
A01011	*Hemiparesia (según dominancia)* Grave (Balance muscular Oxford 0 a-2)	2
	Paraplejia	
A01012	• Paraplejia D1	6-7
A01013	• Paraplejia D2-D5	6-7
A01014	• Paraplejia D6-D10	4-5
A01015	• Paraplejia D11L2	3
B) PSIQUIATRIA		

2. Trastornos permanentes del humor Trastorno depresivo mayor crónico		
01164	Grave El síndrome debe cumplir al menos siete criterios de los nueves descritos en el DSM-V o cinco de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico continuado por especialista con tratamiento específico y hospitalización en centro psiquiátrico	1-3

7.- Lucro cesante (Valorar: estado, ocupación, formación, dependientes).

"2.b) Con dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar: Y en este caso siendo subsidiaria de IPA
1. En los supuestos de incapacidad absoluta, respecto del trabajo no remunerado del lesionado que no obtenía ingresos por ser la persona que contribuía al sostenimiento de su unidad familiar mediante la dedicación exclusiva a las tareas del hogar, se seguirán las reglas siguientes: a) Se valora dicho trabajo no remunerado en el equivalente a un salario mínimo interprofesional anual. b) En unidades familiares de más de dos personas dicha equivalencia se incrementa en un diez por ciento del salario mínimo interprofesional anual por cada persona menor de edad, con discapacidad o mayor de sesenta y siete años que conviva con el lesionado en la unidad familiar, sin que ese incremento adicional pueda superar el importe de un salario mínimo interprofesional anual y medio".

4.- Con fecha 16 de abril de 2021 el letrado de la reclamante presenta nueva escrito en el que cuantifica el importe de la indemnización reclamada en 1.368.827 euros, desglosada en las cantidades y conceptos siguientes:

Por los 530 días e intervención quirúrgica la cuantía de 24.850 euros.

Por las secuelas funcionales de 87 puntos y estéticas de 36 puntos la cuantía de 274.189 euros.

Por el perjuicio patrimonial en relación con los daños morales complementarios funcionales 44.193 euros.

Por los daños morales complementarios 14.715 euros.

Por la pérdida de calidad de vida 90.289 euros.

Por el perjuicio familiar 67.019 euros.

Por los daños patrimoniales de prótesis y ortesis 9.378 euros.

Por la RHB domiciliaria 136.629 euros.

Por ayudas técnicas por pérdida de autonomía 44.175 euros.

Por adecuación de vivienda 150.000 euros

Por coste de movilidad 39.400 euros.

Por ayuda de tercera persona no sanitaria 461.000 euros

Por dedicación exclusiva a las tareas del hogar (absoluta) 13.000 euros.

A esas cuantías se añade la cantidad de 6.591,95 euros, por diversos gastos por trabajos de acceso a la vivienda, ortopedia, farmacia y fisioterapia.

Se reitera la consideración de que ha existido una clara vulneración de la lex artis médica. Con cita de diversa jurisprudencia y los requisitos para que se estime la responsabilidad de la administración, se solicita que se tenga por formulada la reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración Sanitaria y reconocimiento a la reparación del daño e indemnización por las lesiones, gastos, daños y perjuicios, y secuelas resultantes; acompañándose como documental, además de las facturas indicadas, un informe sobre la adecuación de la vivienda de la reclamante, información sobre el coste de cuidado de las persona mayores y el presupuesto de un scooter eléctrico Premium Mobility, 720.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por don..., en nombre y representación de doña..., por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios con ocasión de la intervención quirúrgica realizada en el..., reconociéndole el derecho al abono de una indemnización por importe de 279.210,18 euros.

En ella se recogen los antecedentes de hecho, su fundamentación jurídica con el análisis de la concurrencia de los requisitos necesarios para que proceda la responsabilidad patrimonial, y la reiterada doctrina sobre el cumplimiento de la “lex artis” en la determinación de una actuación médica correcta.

Se analiza la práctica médica seguida en el caso y exigencia de responsabilidad basada en el informe pericial del doctor…, poniéndose de relieve que este informe se trata más bien de una valoración del daño corporal que de una pericial médica, así como que se desconoce la especialidad del informante, siendo este dato relevante para poder contrastar y valorar los informes concurrentes cuando se emiten en sentido distinto, según se señala por la jurisprudencia.

En cuanto al contenido del informe base de la reclamación, que se centra en el proceso experimentado por la reclamante de “afectación neurológica postquirúrgica motora y sensitiva de los miembros inferiores” y que atribuye a la actuación del SNS-O una actuación negligente y tardía en la atención asistencial postquirúrgica, con un retraso de 9 días y falta de información sobre alternativas anestésicas, se analiza conforme al contenido del informe del Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del... y el emitido por los especialistas de ... en Anestesiología y Reanimación, y Neurología. De su análisis se afirma que la práctica médica seguida por parte del anestesista fue adecuada desde el preoperatorio hasta que la paciente fue dada alta del Hospital.

Se destaca que la analgesia epidural utilizada es considerada como la técnica “*gold estándar*”, sobre todo tratándose de una paciente con estudio preoperatorio ASAIII; que la paciente tiene movilidad y sensibilidad cuando pasa a planta de hospitalización, ya que “los días 14, 15 y 16 de abril no existe evidencia de ninguna alteración lo que queda reflejado en la historia clínica”; la evidencia del día 17 de un cierto bloqueo motor en las extremidades inferiores, y alusión del día 18 de abril (5º día de postoperatorio) de que la paciente “refiere dolor en la zona lumbar, que mejora con cambios posturales (…)”; la consideración por ... de que la

paciente sufrió un hematoma espinal espontáneo; que el diagnóstico a fecha 16 de septiembre de 2016 era de paraparesia secundaria a hematoma intradural, que conforme a los protocolos se realizó una laminectomía L1-L2 y extirpación de hematoma; y que la reclamante ha venido realizando tratamiento fisioterápico y terapia ocupacional con buena evolución, marchando con andador y ortesis de rodilla izquierda con aceptable control.

En la propuesta de resolución se reconoce que, si bien los síntomas del dolor lumbar aparecieron el día 18, no fue hasta el 21 cuando se realizó la interconsulta a anestesia, lo cual supuso un retraso diagnóstico de 4-5 días, por lo que se estima de aplicación la doctrina de la pérdida de oportunidad. Y con base en el dictamen pericial de valoración del daño corporal, suscrito por el doctor…, el 5 de marzo de 2021, se estima que dicha pérdida de oportunidad se sitúa en el presente caso en el 65%, toda vez que los pacientes tratados antes de las 12 horas muestran en tal porcentaje una recuperación completa, y solo la mitad de los pacientes con hematomas subdurales operados pueden hacer una vida independiente tras la cirugía.

Por lo que se refiere a la valoración del daño corporal y fijación del monto indemnizatorio como consecuencia de la pérdida de oportunidad, se cuantifica conforme al baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, y consideraciones del informe de ... sobre la estabilización de las lesiones temporales, con el siguiente desglose:

“A) Lesiones temporales:

- Pérdida calidad de vida grave: 153 días, distinguiendo 49 días a 75 euros, y el resto por la diferencia entre el perjuicio personal por pérdida de calidad grave y moderado, que hubieran sido, en condiciones normales, sin la complicación del hematoma, de no ingreso, a 23 euros: 6.068 euros.

- Pérdida calidad de vida moderada: 27 días: 1.404 euros.

- Por intervenciones quirúrgicas (Acto 1583 grupo V): 1.100 euros.

B) Secuelas:

- Secuelas psicofísicas (53 puntos): 97.498,95 euros

- Secuelas estéticas (25 puntos): 30.573,10 euros

C) Perjuicios personales particulares:

- Daño moral grave por pérdida calidad de vida ocasionada por las secuelas, estimado en el 40% del intervalo (40.000-100.000 euros): 64.000 euros.

D) Daño emergente:

- Adecuación vivienda (según se acredite, máximo 150.000 euros): 150.000 euros.

- Incremento coste de movilidad (según se acredite, máximo 60.000 euros): 60.000 euros.

- Ayuda de tercera persona (código A01021 paraparesia moderada Oxford 3: 2 horas diarias en paciente de 61 años, según tabla 2.C.3: 9.737,27 euros.

- Lucro cesante: incapacidad permanente absoluta, 1 anualidad de SMI (2016): 9.172,80 euros".

Todo ello se indica que da un total 429.554,12 euros, sobre el que se aplica el porcentaje de pérdida de oportunidad del 65%, que determina el importe reconocido de la indemnización de 279.210,18 euros.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., en nombre de doña..., frente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por presuntos daños y perjuicios derivados del anormal funcionamiento de los servicios sanitarios y retraso en la

asistencia prestada por dicho Servicio de un hematoma intradural. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 14.1. de la LFCN establece que el Consejo de Navarra deberá ser consultado preceptivamente en los siguientes asuntos: i) Reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros. En el presente caso se solicita una indemnización de un millón trescientos sesenta y ocho mil ochocientos veintisiete euros (1.368.827 €), por lo que el presente dictamen se emite con carácter de preceptivo.

Por su parte, la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes, la solicitud de los informes necesarios, la audiencia del interesado, la propuesta de resolución, el dictamen del Consejo de Navarra y, finalmente, la resolución definitiva por el órgano competente.

A tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, el órgano competente para resolver la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, es el Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, en el presente caso el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

A la vista de todo ello la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiéndose incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constando además los informes médicos solicitados y suficientes para valorarla y, en definitiva, habiéndose respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a la reclamante, otorgando a la interesada la posibilidad del conocimiento íntegro de las actuaciones, la formulación de

alegaciones y la presentación de documentos, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

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

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

Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en la legislación sobre procedimiento administrativo y régimen jurídico de la Administración Pública, en la actualidad recogida en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo, LPACAP) y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32 de la LRJSP a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

Por su parte, el artículo 34.1 de la LRJSP establece que sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley, no siendo indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquellos, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos. En los apartados 2, 3 y 4 del citado artículo 34, se establecen las pautas para la cuantificación de la indemnización con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, expropiatoria y demás normas que

puedan ser de aplicación, ponderándose con las valoraciones predominantes en el mercado. Para los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y Seguridad Social. La cuantía indemnizatoria se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al expediente con arreglo al Índice de Garantía de Competitividad y de los intereses que procedan por demora. La indemnización podrá sustituirse, con acuerdo del interesado, por una compensación en especie o abonarse mediante pagos periódicos si resulta más adecuada para lograr la recuperación debida y convenga, igualmente, al interés público.

Conforme con la regulación positiva de la responsabilidad patrimonial y de la jurisprudencia que la interpreta y aplica, los requisitos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado. Como regla general, la carga de la prueba de los hechos necesarios para la existencia de responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad.

II.3ª. Cumplimiento de la *"lex artis"*, pérdida de oportunidad e indemnización.

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 10/2017, de 27 de marzo, 9/2020, 26 de marzo, o 16/2021, de 20 de mayo), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental

principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la *"lex artis"* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la "lex artis", y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la "lex artis" es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida ("lex artis"). Este criterio es

fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha “lex artis”; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la “lex artis” (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

> “La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).
>
> Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *“lex artis”* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de

> una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»".

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la *"lex artis ad hoc"*; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

No obstante, en los supuestos en los que existe una incertidumbre causal, con un porcentaje de significativas probabilidades de que en el tratamiento médico la patología podría haber cursado u obtenido un resultado distinto al que finalmente aconteció, la jurisprudencia viene entendiendo que ha atenderse a la doctrina de la pérdida de oportunidad. Esta doctrina, como se indica en la STS de 3 de diciembre de 2012, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 4ª, se configura "como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio… en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio

otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente".

Desde estos parámetros ha de valorarse la presente reclamación patrimonial a la Administración en la que la parte reclamante sostiene la existencia una infracción de la lex artis, en atención al retraso diagnóstico del hematoma intradural sufrido por doña...; negada por la Administración y quien considera que la paciente sufrió una pérdida de oportunidad por el retraso en la actuación de sus servicios sanitarios.

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

A tal efecto en el informe emitido por el Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del..., sobre la intervención realizada a la reclamante el 13 de abril de 2016, en la que se colocó una prótesis de rodilla izquierda bajo anestesia combinada subaracnoidea-epidural abordaje línea media posterior (punción subaracnoidea en L-4 L-5 y epidural enL-3-L-4), con objeto de dejar insertado un catéter epidural que hiciese más fácil el

manejo del dolor posoperatorio, se indica que la intervención en sí trascurrió sin incidencias. No produciéndose posteriormente en la URPA problemas dignos de mención y siendo trasladada a la planta de hospitalización de traumatología con bloqueo motor parcial de la extremidad inferior izquierda y bloqueo motor nulo de la derecha.

En cuanto a la práctica médica realizada por el anestesista, se indica en la pericial de..., efectuada por dos especialistas en Anestesiología y Reanimación, y Neurología, que ésta fue correcta conforme a los estándares y protocolos médicos. La analgesia epidural es la técnica “gold estándar” para el control del dolor postoperatorio tras prótesis de rodilla, especialmente aconsejada tratándose de una paciente con estudio preoperatorio ASAIII, por lo que “hacía sin duda que la indicación de una anestesia regional en su caso fuera prioritaria”.

El tratamiento en la intervención se estima también correcto, a la vista de la hoja de anestesia y la URPA, poniéndose en evidencia que la punción fue fácil y sin complicaciones al realizar la anestesia combinada de punción intradural junto con punción epidural.

Contrasta esta valoración con la recogida en el informe pericial de parte del doctor… presentado por la reclamante, perito médico del que no consta su especialización. En su informe se da por sentado que en esta fase de la atención médica se incumplió la “lex artis”, sin más justificación que el resultado final producido del hematoma intradural. No se aportan argumentos técnicos que puedan cuestionar la ponderada valoración del informe de ... en cuanto al cumplimiento de los estándares en la práctica médica.

Por lo que se refiere a la atención dispensada a la paciente ya en planta durante la hospitalización de Traumatología, consta en el informe del Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del..., del que se hace

eco ..., que ésta había recuperado la movilidad y sensibilidad en miembros inferiores, indicándose que “los días 14, 15 y 16 de abril no se apreció ningún problema y así se escribe en la historia clínica informatizada (HCI); sí que sorprende que el primer (14) día intento de administrarse 504 dosis extra que la bomba no permitió (mecanismo de seguridad) proporcionando 44”.

La evidencia de un cierto bloqueo, según figura en el informe del Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del..., surge a partir del día 17. El día 18 (5º día postoperatorio) es cuando la paciente presenta dolor que, por otra parte, se estima “acorde a la evolución de los días postoperatorios que lleva y al existir una ligera sedación y alguna náusea/vómito se decide retirar el catéter epidural (en el momento en el que el intervalo de seguridad así lo aconseje) y dejar el control analgésico a cargo de los traumatólogos”.

La estimación que se realiza en el informe de ... a partir de ese momento es que: “Los síntomas de dolor lumbar aparecieron el día 18, sin embargo, no es hasta el día 21 cuando se realiza la interconsulta a anestesia por una afectación motora bilateral, existiendo un retraso de 4-5 días en el diagnóstico del hematoma espinal”. Aunque no se puede obviar en la ponderación de la satisfacción de la “lex artis” por los profesionales médicos que, en la documentación de enfermería, también se deja constancia que si bien la paciente refería adormecimiento de piernas los días 16, 17, 18, 19 y 20 de abril, también se levantó del sillón los días 17,18, 19 y 20.

Cabe igualmente considerar que la interconsulta del 21 de abril a Anestesiología se solicita a las 14.16 h como preferente, por cuanto a pesar de la retirada del catéter epidural, persiste cierto grado de bloqueo motor en ambas EE II. Igualmente, son datos significativos que el día 22 de abril fuera vista por el anestesiólogo de guardia, que la explora y ordena la realización

de resonancia magnética, de la que resulta el hallazgo de un hematoma intradural. Y que, inmediatamente activado el protocolo para solucionar la cuestión, fuera trasladada a Neurocirugía para la intervención quirúrgica a fin de evacuar el hematoma; intervención que no se pudo desarrollar ese día al no estar la enferma en ayunas y llevar varios días de evolución el cuadro, realizándose finalmente el 23 de abril.

De todos los datos reseñados se concluye lo siguiente en el informe de ....

En primer lugar, que «es imposible atribuir a la punción lumbar realizada durante la anestesia la culpa del hematoma espinal que sufrió la paciente días más tardes, ya que la intervención fue el 13 de abril y los días 14, 15 y 16 no existe evidencia de ninguna alteración, no siendo hasta el 18 de abril cuando la paciente “refiere dolor en la zona lumbar, que mejora con cambios posturales”».

Los peritos consideran, con apoyo en la literatura y documentación aportada, que el hematoma intradural se produjo de manera espontánea dada la multitud de factores frecuentes en la población general que pueden originarlo (cirugía intracraneal, traumatismo y punciones lumbares, alteraciones de la coagulación, maniobras de valsalva, movimientos bruscos, hipertensión y arterioesclerosis, edad avanzada, artrosis, etc.). Esta valoración no es contestada ni contradicha en el informe del doctor…, que sobre la base del resultado acaecido, presume que se debió a la punción lumbar.

En segundo lugar, se afirma que no existen datos que nos indiquen que existió mala praxis y, una vez diagnosticado el hematoma espinal, el manejo fue correcto; aunque el retraso en el diagnóstico pudo condicionar una peor evolución y persistencia de las secuelas neurológicas.

A la vista de todo ello, este Consejo entiende que existe una incertidumbre causal tanto sobre el origen del hematoma intradural sufrido por la reclamante, como sobre si puede considerarse que los servicios médicos incurrieron en una vulneración de la lex artis. Por lo que se debe acudir a la “doctrina de la pérdida de oportunidad”, a fin de reparar la pérdida de las expectativas de la reclamante de que su situación hubiera cursado de manera distinta si se hubiera diagnosticado el hematoma intradural días antes.

Ello entraña que deba entrarse a valorar el daño corporal y su cuantificación, a fin de determinar la indemnización que corresponda a la señora.... Para ello ha de tomarse en consideración el baremo correspondiente a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, referido en este caso al año 2016 en que tuvo lugar la asistencia, fecha en la que la paciente contaba con 61 años de edad.

Para ello ha de partirse de las lesiones diagnosticadas que según se refleja en los informes médicos se corresponden con la paraparesia secundaria a hematoma intradural, para cuya sanación se realizó una laminectomia L1-L2 y extirpación del hematoma.

En cuanto a los conceptos objeto de indemnización y su cálculo cabe considerar lo siguiente.

1º.- Indemnizaciones por lesiones temporales. En el informe de ... se estima que la fecha de cálculo se inicia el 22/4/2016, día en que anestesia constata la paraparesia y queda el paciente a cargo de Neurocirugía, y para la fecha de estabilización ha de fijarse el 26/10/2016. No se tiene en cuenta la datación que se alega en la reclamación de 30/11/2017, por considerar que dicha mejora no se produce desde la mencionada fecha de 26/10/2016 y el empeoramiento del día 30/11/2017 es atribuido a la debilidad secundaria al proceso gastroentérico por el que fue a Urgencias el 8/10/2017.

Tal estimación resulta contradictoria con el hecho de que la propia Administración, por Resolución 1137/2019, de 21 de octubre, del Director

Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osansubidea, estimara el recurso de reposición interpuesto contra la inadmisión por extemporánea de la reclamación de responsabilidad patrimonial, entendiendo que no había prescrito la acción en atención a que “de la Historia Clínica informatizada de doña… y del informe del jefe de servicio de rehabilitación, la fecha de alta o estabilización de las secuelas por la intervención de 13 de abril del 2016 de doña... es, como mínimo, de noviembre de 2017”.

Por tanto, en este apartado, habrá que tomar como intervalo para el cálculo las fechas señaladas en el informe del doctor… -26/10/2016 al 30/11/2017-. Así, la valoración que procede por pérdida de calidad de vida grave y moderada, así como por intervenciones quirúrgicas (acto 1583 grupo V), se concreta en la cuantía de 24.850 euros.

2º.- Perjuicio patrimonial. El informe de ... indica que la petición de la reclamante en este punto no es pertinente, puesto que los gastos de asistencia sanitaria están cubiertos por el Servicio Navarro de Salud, aunque se reconoce que puede haber “gastos diversos resarcibles”, según se justifiquen. El letrado de la parte reclamante ha presentado facturas por este concepto que ascienden a la cantidad de 6.591,95 euros.

3º.- Secuelas funcionales y estéticas.

En cuanto a las primeras, secuelas funcionales, rango entre 41 a 60, en el Informe de ... se otorga una puntuación de 50. Esta puntuación se justifica: a) en que la reclamante sufre una Paraparesia 01021 Moderada (balance muscular Oxford 3), con una valoración en conjunto de la extremidad de 3 de todos los grupos musculares, lo que permite mantener la bipedestación apoyada con el empleo de ortesis y deambular con andador y bastones; b) que no se pueden baremar como secuelas independientes de la parapesia ni la alteración del control de esfínteres ni el dolor neuropático, considerados en la pericial del Dr…, ya que sería una duplicidad de secuelas; c) que, según los test de Barthel realizados la paciente es continente para la orina, y respecto del esfínter anal presenta puntaciones variables test de Barthel, considerando a la fecha de estabilización de las lesiones una puntación de 70.

Se valora el trastorno depresivo como leve, con 5 puntos, teniendo en cuenta: a) los antecedentes previos de ansiedad de la señora...; b) que “tiene un evolutivo durante el ingreso adecuado, llegando a estar previo al alta de la Clínica… sin ansiedad, aceptando a tomar lorazepan para valorar si la diarrea que presenta tiene un componente psíquico”; y c) que al alta se estima un cuadro depresivo adaptativo que ha mejorado el estado de ánimo, retirándose el citalopram.

Por todo ello, aplicando la fórmula de Balthazar, se concretan un total de 53 puntos, con una ponderación cuantitativa de 97.498,95 euros

En cuanto a las secuelas estéticas, rango de 22-30 puntos, quedan justificadas en los 25 puntos, conforme al informe de ..., por cuanto siendo la paraparesia un perjuicio estético importante, equiparado a la paraplejia, la reclamante cuenta con capacidad para la deambulación con asistencia de andador o bastones para distancias cortas, precisando de silla de ruedas para distancias mayores. La cantidad por este concepto sería, por tanto, de 30.573,10 euros.

4º.- Daño moral complementario por perjuicio psicofísico. No procede su valoración al no cumplir los criterios del baremo, ya que no se alcanzan los 60 puntos de secuela.

5º.- Daño moral complementario por perjuicio estético. No procede su valoración al no cumplir los criterios del baremo, ya que no se alcanzan los 36 puntos de secuela.

6º.- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida por las secuelas, que en el caso de perjuicio grave oscila, según el baremo, de 40.000,00 - 100.00,00 €. En el informe de ... se estima sólo un intervalo en 40% por cuanto se entiende que la reclamante se encuentra impedida para realizar deporte y desplazarse, quedando limitada para el resto de actividades -aseo, vestido, levantarse, control de esfínteres, realización de tareas domésticas, disfrute y placer, vida de relación, actividad sexual y ocio-No obstante, no se puede obviar que la falta de movilidad determina la merma sustancial en cuanto a la posibilidad de desarrollo del resto de actividades que se estiman

simplemente limitadas, lo que lleva a una estimación de este perjuicio en la extensión solicitada por el letrado de la reclamante. Ello supone su cuantificación en 90.289 euros.

7º.- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares. No procede la cuantificación de esta partida al no cumplirse los criterios del baremo, ni de grandes lesionados, ni la baremación de secuela superior a 80 puntos.

8º.- Gastos previsibles de asistencia sanitaria y de rehabilitación, no procede su cuantificación por estar éstos dispensados por el Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Tampoco los correspondientes a prótesis y ortesis y ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal por estar cubiertos conforme al Decreto Foral 17/1998, de 26 de enero, regulador de la prestación ortoprotésica del Servicio Navarro de Salud Osasunbide.

9º.- Adecuación de vivienda, se establece un máximo 150.000 euros, y se aporta un proyecto superior a ese importe, por lo que debe estimarse la cantidad de 150.000 euros.

10º.- Incremento de coste de movilidad (máximo 60.000 euros). Se acredita el gasto de un vehículo para desplazarse cuyo precio es 39.400 euros.

11º.- Ayuda de tercera persona (código A01021, paraparesia moderada Oxford 3) se estima la atención de 2 horas diarias en virtud de la edad de la reclamante, según tabla 2.C.3, según la valoración que se realiza en el informe de .... La cantidad resultante es de 9.737,27 euros.

12º.- Dedicación exclusiva a las tareas del hogar (incapacidad absoluta). Ha de tenerse en cuenta que, conforme al artículo 131 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, la dedicación a las tareas del hogar de la reclamante, se cuantifica en el equivalente a un salario mínimo interprofesional anual (9,172,80 € según Real Decreto 1171/2015, de 29 de diciembre, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2016),

pero que en caso de unidad familiar debe incrementarse según se establece en el apartado b) del art. 131 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre. Por tanto, la cuantía a indemnizar sería de 13.000 euros.

Todo ello arroja la cifra global de 461.940,27 euros. Siendo de aplicación a esta cantidad, por pérdida de oportunidad, la ratio porcentual de frustración de las expectativas por el retraso diagnóstico. Esta se fija en el informe de ... en un 65 %, por cuanto los pacientes tratados antes de las 12 horas muestran una recuperación completa y sólo en la mitad de los hematomas subdurales operados se puede hacer una vida independiente tras la cirugía

En atención a todo lo expuesto, este Consejo de Navarra estima procedente que se conceda a doña... la indemnización de 300.261,18 euros por el retraso diagnóstico de los servicios sanitarios públicos padecido en su atención médica.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don..., en nombre de doña..., por daños y perjuicios derivados del anormal funcionamiento de los servicios sanitarios debe ser estimada parcialmente, procediendo abonar a la reclamante la cantidad señalada en el cuerpo del dictamen.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.