

Dictamen n.º: **137/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **14.03.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 14 de marzo de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ....., (en adelante “*la reclamante*”), al considerar que medió mala praxis en la intervención quirúrgica de microdisectomía L5-S1 y foraminotomía izquierda que se le practicó en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, así como en su seguimiento posterior.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 27 de octubre de 2021, la persona citada en el encabezamiento, asistida por un letrado, presentó en el registro telemático de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al SERMAS, al considerar que en la intervención quirúrgica de microdisectomía L5-S1 y foraminotomía izquierda que se le practicó el día 29 de noviembre de 2018, en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, así como en su

seguimiento posterior, concurren deficiencias y mala praxis, y que a ello se deben los perjuicios y secuelas que padece.

Explica que, el día 9 de octubre de 2018, acudió la reclamante al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, por causa de un fuerte dolor lumbar y ciático, con síntomas de adormecimiento y acartonamiento de la pierna y el brazo izquierdo, siendo remitida a su médico de Atención Primaria para que éste le diera cita con el Servicio de Neurocirugía.

Al recoger el volante en el centro de salud para dicha cita, sufrió un colapso por dolor, recuperando la consciencia en el Servicio de Urgencias del hospital antes referido. El diagnóstico fue que padecía ciática S1 izquierda, sin afectación motora y síncope vasovagal.

El 18 de octubre 2020, fue sometida a una resonancia magnética, en la se concluyó que presentaba una hernia discal L5-S1 posterolateral izquierda. Se le propuso infiltración epidural L5-S1, que aceptó, y tras firmar el documento de consentimiento informado, se le realizó la infiltración el día 6 de noviembre de 2018.

Además, se le pautó bloqueo epidural y que ello determinó que empeorara, con algún episodio de incontinencia urinaria.

Refiere que, debido a que continuaba con síntomas de dolor, calambres, adormecimiento, agarrotamiento del pie izquierdo y pérdidas de orina, por el Servicio de Neurocirugía se decidió practicarle una microdiscectomía, que se llevó a cabo el 29 de noviembre de 2018, por lo que permaneció ingresada hasta el día 2 de diciembre de 2018.

Afirma que en dicha intervención se le realizó una exéresis del tejido herniado y de la musculatura paraespinal izquierda, pero que no se rellenó el espacio intervertebral que había quedado tras esa extracción, ni se fijó la zona adecuadamente.

Posteriormente, dado que la paciente continuaba con molestias, tales como ciatalgia, parestesias e incontinencia urinaria, fue derivada al Servicio de Rehabilitación.

Relata con todo detalle su tórpida evolución, en la que, tuvo que acudir al Servicio de Urgencias varias veces e incluso a la Unidad del Dolor y en julio de 2020 se le realizó infiltración y radiofrecuencia. Finalmente, el 20 de octubre de 2020, le diagnosticaron que presentaba una discopatía lumbar y, por eso, decidieron operarla por segunda vez, para fijar las vértebras visiblemente dañadas. La reclamante afirma que ello se debió a que, dado el poco material entre vértebras que se había dejado en la primera operación, ya que no rellenaron el espacio que dejaron cuando realizaron la exéresis del tejido herniado, no había soporte en la columna que amortiguara su movimiento, haciendo que las vértebras se fracturaran y chocaran entre sí, provocando dolor.

Esa intervención se le practicó el 29 de octubre de 2020, practicándole una artrodesis L5-S1, y, aunque en principio se preveía una recuperación aproximada de 4 días de ingreso, debido a complicaciones terminó precisando 23 días de hospitalización, hasta el 20 de noviembre de 2020. El 3 de noviembre se la tuvo que volver a intervenir por tercera vez, para la recolocación de dicho tornillo y, durante esa intervención, se observó salida de líquido cefalorraquídeo, presentando la paciente cefalea ortostática, motivada a que durante dicha intervención se tocó la duramadre.

El 30 de diciembre de 2020 tuvo que someterse a nuevas sesiones de Rehabilitación y continuar sus citas en Neurocirugía, Ginecología, Rehabilitación y en la Unidad del Dolor. Se le realizó radiofrecuencia L5 izquierda, en quirófano bajo anestesia local, el 14 de abril de 2021, realizándole bloqueo ganglio dorsal de raíz lumbar L5 izquierda correspondiente a su zona de dolor, recibiendo el alta el 20 de abril de 2021, con diagnóstico de patología degenerativa de columna lumbar.

El día 22 de abril de 2021, fue atendida por el Servicio Psiquiátrico de Urgencias por sobreingesta medicamentosa, en el contexto de trastorno adaptativo con sintomatología mixta a raíz del problema somático, debido a todo el proceso que había pasado, con ansiedad y depresión y fue hospitalizada el 26 de abril de 2021 hasta el 12 de mayo de 2021, en Psiquiatría, por el mal control del dolor crónico que presentaba, con sintomatología depresiva y la persistencia de la ideación autolítica. Además, ha tenido que acudir al Servicio de Urología el 23 de junio de 2021 por la patología de incontinencia urinaria, que ha venido arrastrando desde la primera intervención, siéndole diagnosticada tracto urinario inferior, precisando actualmente del empleo de pañales.

Se destaca que, el último informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, concluye que desde el punto de vista quirúrgico, en la actualidad, no se pueden aliviar los síntomas de la paciente y, por eso, la paciente ha acudido al Hospital Universitario Ramón y Cajal, para pedir una segunda opinión clínica sobre su caso y conocer qué medidas o tratamientos se pueden pautar para aliviar los daños que padece, indicando que tiene cita para la realización de un TAC el 17 de noviembre de 2021.

En el plano laboral, se explica que la reclamante ha sido despedida de su puesto de trabajo, por motivo de la larga duración de su baja; encontrándose a la espera de una resolución sobre incapacidad permanente laboral, habiendo sido revisada por el Tribunal médico (Equipo de Valoración de Incapacidades) en octubre de 2021.

Por todo lo expuesto y, para la reparación de los daños y perjuicios irrogados, la reclamante solicitaba una indemnización de 311.342,02 €, más intereses, sin perjuicio de su ulterior liquidación definitiva.

Se aporta junto con la reclamación –folios 1 al 493-, diversa documentación médica; la cita para la realización de un TAC el 17 de noviembre de 2021, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal; detalle del cálculo de la indemnización, aplicando los baremos actualizados al 2021, de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, sobre reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y varias facturas de los distintos servicios y consultas privadas a los que ha acudido la paciente, por servicios de Fisioterapia, Osteopatía y Psicología, que ascienden a 2.445,00 €.

En sus alegaciones finales, de 8 de noviembre de 2023, la reclamante ha incrementado la indemnización solicitada hasta el importe de 333.382,02 €.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes datos de interés para la emisión del dictamen:

La paciente, nacida el 17 de febrero de 1983, contaba con antecedentes de salpinguectomía con ooforectomía izquierda, por teratoma ovárico y apendicetomía.

Según consta, acudió a consulta de Atención Primaria el día 9 de octubre de 2018 por dolor en la región lumbar con irradiación hacia la pierna izquierda y adormecimiento de nalga, brazo y mano izquierda. Se solicitó interconsulta para su valoración por Neurología.

Ese mismo día acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Fundación Jiménez Díaz- en adelante HUFJD- por un cuadro de síncope vasovagal y ciática S1 izquierda, sin afectación motora. Se le pautó reposo relativo y tratamiento médico (analgésico y relajante muscular). Se solicitó RMN lumbosacra preferente y cita para

consulta de Traumatología-Unidad de columna, con el resultado de la RMN lumbosacra.

El 25 de octubre de 2018, fue valorada en la Unidad de Patología de la Columna por un cuadro de lumbociatalgia izquierda de tres semanas de evolución, sin relación con esfuerzo o trauma previo, en tratamiento con pregabalina 75, cada 12 h.

En la RMN lumbar realizada el 18 de octubre de 2018 se objetivó: *“alineación vertebral (lordosis conservada), discreta horizontalización del sacro, estática vertebral normal sin alteración en las articulaciones interapofisarias, cuerpos vertebrales de morfología y señal normal sin acunamientos, discopatía degenerativa L5/S1, con voluminosa hernia discal posterolateral izquierda, extruida y migrada caudalmente que contacta sobre todo con la raíz S1 izquierda en el receso lateral, canal raquídeo de diámetros conservados y cono medular en L1 con cola de caballo sin alteraciones”*. Se indicó realizarle una infiltración epidural L5-S1.

El 8 de noviembre de 2018, fue valorada en la consulta de Neurología por un cuadro de dolor en la pierna izquierda, asociado a hipoestesia en la región perineal izquierda, región glútea y pierna izquierda. Adicionalmente, presentaba episodios de adormecimiento de los dedos de la mano izquierda 4 y 5 y de la cara lateral del antebrazo. En la exploración neurológica realizada se objetivó hipoestesia tactoalgésica en la parte lateral posterior del muslo y rodilla, en la región posterior lateral de glúteos y muslo y en la parte posterior interna del muslo, nalgas y región perianal y un esfínter vesical incompetente en reposo. Se derivó a la paciente a Urgencias para control del dolor y a la consulta de Neurocirugía, con carácter preferente.

El 20 de noviembre de 2018, fue valorada en consulta de Neurocirugía. Se anotó que el 8 de noviembre se le había realizado un bloqueo epidural, con escape ocasional de orina desde entonces y empeoramiento posterior. Estaba en tratamiento con Tramadol, pregabalina y dexametasona.

En la exploración física no se observó déficit motor ni sensitivo, los reflejos osteotendinosos estaban presentes y eran simétricos y se constató Lassegue izquierdo positivo a 30°.

Se indicó por todo ello practicarle una microdisectomía lumbar y se incluyó a la paciente en lista de espera.

La paciente firmó el documento de consentimiento informado donde se reflejaban los riesgos del procedimiento, la finalidad (disminuir la intensidad del dolor, principalmente en las piernas; mejorar la capacidad para caminar y prevenir una posible pérdida de fuerza progresiva en las piernas) y la naturaleza del mismo, consistente en extirpar una pequeña lámina de hueso de la parte posterior de la vértebra y extraer los fragmentos de la hernia discal que comprimían el nervio (dissectomía).

Ingresó en el hospital el día 29 de noviembre de 2018, y se le practicó la intervención quirúrgica con abordaje lumbar posterior por línea media, a nivel L5-S1. Según se consignó: *“se encuentra una voluminosa hernia discal L5-S1, de consistencia dura, que comprime raíz a nivel del agujero de conjunción izquierdo; tras marcar con rx se realiza incisión lumbar en línea media a nivel del agujero de conjunción izquierdo; tras marcar con rx se realiza incisión lumbar en línea media a nivel L5-S1; disección de musculatura paraespinal izquierda; se confirma de nuevo el nivel con rx. Se procede a microdisectomía L5-S1 y foraminotomía izquierda, confirmándose que la raíz queda liberada. Hemostasia correcta y cierre por planos”.*

El 3 de enero de 2019, fue valorada en la consulta de Neurocirugía. Se anotó que la paciente refería mejoría, tanto de la ciática como de la incontinencia urinaria, aunque seguía refiriendo molestias y parestesias en miembro inferior izquierdo. La herida se encontraba en buen estado. Se solicitó rehabilitación y revisión con la RNM.

El 15 de enero de 2019, fue valorada en la consulta de Rehabilitación. Se anotó que, tras la cirugía, se produjo una importante mejoría sintomática, persistiendo ciatalgia ocasional y leve incontinencia urinaria de esfuerzo. Se programaron diversas sesiones y tratamiento en piscina. Consta nueva valoración en Rehabilitación el 14 de febrero, reflejando que la paciente refería encontrarse más ágil, persistiendo ciatalgia izquierda, con discreta mejoría y que estaba en tratamiento con Lyrica 75 mg/12 horas.

El 17 de abril de 2019, se le realiza RMN lumbar (para control postoperatorio) cuyo informe fue: *“cono medular y raíces de la cola de caballo normales; conducto raquídeo de dimensiones normales; los cuerpos vertebrales conservan altura y señal normal, nódulos de Schmorl en platillo vertebral superior de D11, sin edema óseo asociado; correcta alineación de elementos vertebrales anteriores y posteriores; en L5/S1 cambios quirúrgicos en relación con laminotomía izquierda, con ocupación de la grasa epidural adyacente de forma secundaria, protrusión discal posterocentral, sin recidiva de la extrusión previa con migración caudal evidente en RMN anterior; retroperitoneo y pelvis visibles sin alteraciones; musculatura paravertebral normal. Conclusión: cambios quirúrgicos en L5/S1 y protrusión discal posterocentral”*.

El 8 de mayo de 2019, fue valorada en la consulta de Neurocirugía, estaba en tratamiento con Lyrica y Zaldiar. Se anotó que la paciente tenía molestias no irradiadas en la región lumbar (cuadrado izquierdo) que se había tratado con Rehabilitación (ya terminadas las



sesiones). Se valoró el resultado de la RNM lumbar realizada en abril (protrusión discal L5-S1 central que no compromete la salida de las raíces nerviosas; cambios postquirúrgicos). Se le dio el alta en la consulta de Neurocirugía.

No obstante, el 25 de febrero de 2020, fue valorada en la consulta de Neurocirugía, por dolor intenso. Se revisó la RMN lumbar postoperatoria de abril de 2019 y como los síntomas no habían cambiado desde entonces, no se consideró necesario realizar una nueva resonancia. Se solicitó electromiograma para estudio de radiculopatía crónica. Se solicitó consulta en la Unidad del Dolor para valorar infiltración o rizólisis y se indicó revisión en la consulta de Neurocirugía en seis meses.

El electromiograma de 9 de marzo de 2020, concluyó que el estudio neurofisiológico no mostraba signos de afectación radicular en los territorios explorados, desde L3 hasta S1 izquierdos, ni datos de neuropatía periférica, de los nervios explorados, en ese momento.

El 19 de mayo de 2020, acudió a Urgencias por un episodio de lumbociatalgia izquierda.

El 5 de junio de 2020, fue valorada en la Unidad del Dolor y se le indicó radiofrecuencia en la raíz L5 izquierda y ajuste del tratamiento médico.

El 7 de julio de 2020, se le realizó bloqueo del ganglio dorsal de la raíz lumbar L5 izquierda, mediante radiofrecuencia, por la Unidad del Dolor.

El 3 de septiembre de 2020, se realizó control telefónico por Enfermería de la Unidad del dolor, refiriendo la paciente no haber mejorado con el procedimiento realizado.

El 8 de septiembre de 2020, fue valorada en la consulta de Neurocirugía. Se solicita RMN preferente, radiológica dinámica y revisión en un mes, de cara a plantear la posible artrodesis lumbar L5-S1 como opción dado que la paciente está muy limitada y con dolor y los síntomas podrían deberse a la inestabilidad lumbar.

El 18 de septiembre de 2020, se realizó RMN lumbar, constatando: *“vértebras con altura, morfología y señal normal; estática vertebral normal; alineación vertebral normal; discopatía degenerativa L5-S1 grado V, protrusión global que oblitera la grasa epidural anterior y basal foraminal bilateral; cambios Modic tipo 2 en la unión discovertebral L5-S1; cambios postquirúrgicos posterolaterales izquierdos L5-S1; canal raquídeo de calibre normal y partes blandas normales”*.

El 20 de octubre de 2020, en la consulta de Neurocirugía, se valoró el resultado de las radiografías dinámicas (sin inestabilidad) y de la RMN lumbar (cambios de Modic tipo II y degeneración discal L5-S1 que no estaba presente en la RMN de abril 2019). Se planteó la estabilización lumbar L5-S1 con tornillos pediculares, aceptando la paciente la propuesta, tras resolver sus dudas.

La paciente firmó el documento de consentimiento informado para el citado procedimiento quirúrgico, donde se refleja en qué consiste la intervención, los objetivos perseguidos (liberar uno o varios niveles vertebrales y así aliviar el dolor o mejorar el déficit neurológico si lo hubiera) y sus riesgos (entre ellos, la fistula del líquido cefalorraquídeo, con salida de material acuoso por la herida entre el 0,1 y el 9 %, la instrumentación con mala colocación de los tornillos fuera de su sitio en el hueso en 0-10%, a veces produciendo dolor o déficit neurológico, en 0-3% y el agravamiento de un déficit preexistente).

El 29 de octubre, se realizó la intervención quirúrgica de estabilización lumbar prevista, mediante artrodesis. En el

postoperatorio inmediato la paciente presentó importante dolor lumbar que se irradiaba en el miembro inferior izquierdo, en territorios L5-S1 y parestesias en pie izquierdo. Tras el ajuste de la medicación, el 31 de octubre de 2023 se le realizó Rx lumbar (el tornillo L5 izquierdo impresionaba medializado y probablemente intracanal) y el 1 de noviembre de 2020 un TC lumbar donde se observó medialización del tornillo L5 izquierdo e intracanal.

El 3 de noviembre de 2020, se le realizó una intervención quirúrgica consistente en la recolocación de tornillo L5 izquierdo, que estaba muy medial. Durante la retirada del tornillo se observó salida de líquido céfalo raquídeo. En el protocolo quirúrgico se anotó: *“Vía de acceso: línea media preespinal lumbar- Técnica Intervención: Incisión en línea media preespinal lumbar, separación de músculos del lado izquierdo, se desconectan tuercas de la barra y se extrae tornillo L5 izquierdo que estaba muy medial. Se coloca con rx tornillo y se comprueba correcta colocación. Se vuelve a fijar al sistema de barras previo y se refuerza cierre donde estaba el tornillo previo con grasa y hemopatch. Se cierra por planos con vicryl para fascia y subcutáneo y se coloca vancomicina tópica, piel con grapas”*.

Para evitar fistula, la paciente se mantuvo 48 horas tumbada. Inicialmente la herida presentó acúmulo subcutáneo (en ningún momento fistulizó a piel) y la paciente tuvo clínica de cefalea ortostática. Paulatinamente los síntomas fueron remitiendo y la herida en el momento del alta se encontraba seca, cerrada y sin acúmulo ni signos de infección, ni inflamación.

En RNM lumbar de 6 de noviembre de 2020 se denotó: *“colección en región de laminectomía con extensión hacia musculatura paravertebral, posiblemente en relación con hematoma agudo/seroma, sin poder descartar completamente la posibilidad de pseudomeningocele”*.

Dada la persistencia de los síntomas, se le realizó TAC lumbar el 8 de noviembre de 2020, que evidenció: *“cambios postquirúrgicos recientes de artrodesis L5-S1; con respecto a TC previo se evidencia adecuado trayecto transpedicular de los cuatro tornillos, sin invasión del canal raquídeo ni foraminal; se identifica una fractura lineal de la apófisis articular superior izquierda de L5, que no se visualizaba en TC previo; persiste la colección en lecho de laminectomía que se extiende hacia la musculatura paravertebral, peor definida mediante esta técnica, aunque impresiona de tamaño similar con respecto a RMN previo”*.

El dolor lumbar y la radiculalgia en miembro inferior izquierdo en territorio L5-S1 izquierdo remitieron paulatinamente, persistiendo en el momento del alta dolor residual que se controlaba con analgesia oral. No existía focalidad motora en el miembro inferior izquierdo (balance 5/5) y la paciente deambulaba de forma autónoma, si bien con cierta limitación debido al dolor.

El 30 de noviembre de 2020, se la incluyó en lista de espera de tratamiento rehabilitador.

El 11 de diciembre de 2020, fue valorada en el Servicio de Rehabilitación. Se indicó que antes de incluirla debía ser considerada la posible fuga de líquido cefalorraquídeo.

El 29 de diciembre de 2020, fue valorada en la consulta de Neurocirugía. La herida quirúrgica presentaba buen aspecto, sin acúmulo ni aumento de tamaño tras el Valsalva. Se indicó que podría comenzar con Rehabilitación mostrando la radiografía una correcta posición de los tornillos. Se prescribió revisión en tres meses, con resonancia.

El 30 de diciembre de 2020, fue valorada en la consulta de Rehabilitación. Se le indicó tratamiento raquis plus, báscula pélvica, estiramiento cadena posterior, trabajo lumbopélvico y movilidad raquis.

El 9 de febrero de 2021, acudió al Servicio de Urgencias refiriendo que se iba encontrando mejor en cuanto a control del dolor y movilidad y realizando Rehabilitación. Esa mañana, tras un esfuerzo, notó dolor intenso y sensación de “calambrazos” en la pierna izquierda y comenzó con dificultad para andar. Con el diagnóstico de lumbalgia, se procedió a aplicar tratamiento médico-analgésico y el alta hospitalaria, con recomendación de seguimiento en la consulta de Neurocirugía.

El 9 de marzo de 2021, fue valorada en la Unidad del Dolor. La paciente refirió dolor persistente en ambas caderas y extremidad izquierda, habiendo mejorado el dolor lumbar. Estaba en tratamiento de Rehabilitación, con regular mejoría y tolerancia. Se planteó nueva radiofrecuencia de la raíz L5+S1, con planteamiento de nuevas opciones en caso de no mejoría y se mantuvo la analgesia. Ese mismo día causó alta del tratamiento de Rehabilitación, habiendo recibido seis sesiones.

El 29 de marzo de 2021, se realizó valoración terapéutica en el Servicio de Rehabilitación, concluyendo que había mejoría de la movilidad, pero persistía el dolor incapacitante, citándola en tres meses.

El 14 de abril de 2021, se le realizó, por la Unidad del Dolor, un bloqueo del ganglio dorsal de la raíz lumbar L5 izquierda mediante radiofrecuencia.

Como respuesta a una interconsulta del médico de Atención Primaria, por el estado de ánimo de la paciente, el día 19 de abril se solicitó por el Servicio de Psiquiatría una cita urgente, indicando acompañamiento y acudir a Urgencias hospitalarias si notaba empeoramiento

El 20 de abril, fue valorada en el Servicio de Neurocirugía. La paciente seguía con dolor en la pierna, sin resultado en el bloqueo realizado por la Unidad del Dolor. La RMN lumbar de control mostraba cambios postquirúrgicos sin compromiso radicular, ni datos de inestabilidad (artrodesis con tornillos transpediculares bilaterales L5-S1, no se observan colecciones en lecho quirúrgico).

Se solicitó EMG para comparar con el anterior y para ver si había cambios crónicos de la raíz y poder valorar por la Unidad del Dolor si la paciente era beneficiaria de un neuroestimulador. Se reflejó que, desde el punto de vista quirúrgico no había ningún tratamiento en ese momento, que pudiera aliviar los síntomas. Se dio de alta en Neurocirugía, se indicó seguir control por la Unidad del Dolor y remitir de nuevo, si se consideraba necesario.

Ese mismo día acudió al Servicio de Urgencias por un cuadro de ansiedad, siendo diagnosticada de trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y depresión.

El 22 de abril de 2021, acudió al Servicio de Urgencias, por una sobreingesta medicamentosa voluntaria. Permaneció ingresada a cargo del Servicio de Psiquiatría desde el 25 de abril al 12 de mayo de 2021.

Durante el ingreso se realizó valoración por la Unidad del Dolor, por persistencia del dolor en pierna izquierda desde glúteo a pie, continuo y de características neuropáticas que afectaba de forma importante a su estado de ánimo. Se realizó un electromiograma el 26 de abril, que concluyó: *“estudio sin hallazgos patológicos; no se observan signos de denervación en los miotomas explorados L4-L5-S1 izquierdos ni de neuropatía periférica. Se realiza ajuste de tratamiento médico”*.

El 14 de mayo de 2021, se realizó control telefónico por Enfermería de la Unidad del Dolor, refiriendo la paciente no haber mejorado con el

procedimiento realizado y no estar dispuesta a continuar con las técnicas infiltrativas propuestas en la citada unidad.

El 18 de mayo fue valorada en el Servicio de Psiquiatría.

El 7 de junio de 2021, fue valorada en la consulta de Psicología y en el Servicio de Rehabilitación, y se la derivó a la Unidad de Urología funcional.

El 8 de junio de 2021, fue valorada en el Servicio de Psiquiatría.

El 10 de junio de 2021, acudió al Servicio de Urgencias por una crisis de ansiedad.

El 23 de junio, fue valorada en la Unidad de Urología funcional por incontinencia urinaria de tipo mixto con predominio del componente de esfuerzo. Se solicitó flujometría, diario miccional de 3 días. Se le indicaron ejercicios de Kegel, no pautándose anticolinérgicos hasta valoración de RPM (medición de residuo postmiccional).

El 7 de julio, acudió al Servicio de Urgencias por dorsolumbalgia, realizándose tratamiento sintomático.

El 22 de julio, fue valorada en el Servicio de Psiquiatría.

El 30 de julio, se valoró en la Unidad de Urología funcional el resultado de las pruebas solicitadas. Se reflejó que era probable que una parte importante del cuadro fuera debida, o al menos agravada, por la cantidad de medicación antiálgica y antipsicótica que tomaba. Se solicitó estudio urodinámico.

El 9 de agosto, fue valorada en el Servicio de Rehabilitación, al denotar empeoramiento clínico. Se solicitó TAC lumbar, RMN cervical y dorsal y valoración preferente por Neurocirugía.

El 12 de agosto, se le realizó un TAC de columna lumbar, que se informó destacando: *“modificaciones postquirúrgicas L5-S1 con fijación posterior y tornillos transpediculares. Se visualiza discopatía degenerativa L4-L5 con abombamiento difuso del borde posterior del disco que impronta en base foraminal bilateral sin claro contacto radicular mediante esta técnica. Pinzamiento del espacio discal L5-S1 con esclerosis subcondral, modificaciones postquirúrgicas a nivel del espacio epidural y elementos posteriores lo que dificulta la valoración del disco y afectación radicular en dicha localización. Impresiona de extrusión discal posterocentral y lateral izquierda con afectación del trayecto pasante S1 ipsilateral. No se puede descartar fibrosis perirradicular dado el antecedente quirúrgico. Se recomienda valorar en el contexto clínico. Cono medular no valorable. Resto del canal raquídeo lumbar sin alteraciones relevantes”*.

El 18 de agosto de 2021, se le realizó una RMN cervical y dorsal, denotando pequeñas protrusiones discales C5-C6 y C7-D1, sin compromiso de estructuras nerviosas; herniación de Schmor en platillo superior de D11, sin signos de edema y el resto del estudio sin hallazgos significativos.

El 6 de septiembre, fue valorada en el Servicio de Neurocirugía. Se recomendó seguimiento en la Unidad del Dolor, para valorar si era beneficiaria de un neuroestimulador.

El 10 de septiembre de 2021, fue valorada en la Unidad del Dolor. Se indicó revisión en dos meses y según la evolución, plantear infiltración sacroilíaca bilateral.

El 17 de septiembre, fue remitida desde el Servicio de Traumatología del Hospital Ramón y Cajal al Servicio de Neurocirugía de ese mismo hospital, para segunda opinión.



El 28 de septiembre, fue valorada en el Servicio de Psiquiatría del HUFJD. Se reflejó un empeoramiento de la evolución. Se ajustó el tratamiento farmacológico, indicándose nueva cita de revisión, control por médico de Atención Primaria y acudir a Urgencias si empeoramiento.

El 7 de octubre, fue valorada en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Ramón y Cajal. Se solicitó TAC de columna lumbo-sacra y RMN de columna lumbar.

El 14 de octubre de 2021, fue valorada telefónicamente por el Servicio de Psiquiatría, anotando que no se constataba evolución.

El 15 de octubre, se le aplicó en el Servicio de Urología la inyección de toxina botulínica intravesical 100 UI, por un cuadro de incontinencia urinaria inadvertida, habiéndosele realizado previamente estudio urodinámico (hiperactividad del detrusor con múltiples CNI durante la fase de llenado que condicionan escape de orina) y flujometría (curva normal).

El 16 de noviembre, fue valorada por el Servicio de Psiquiatría, constatando empeoramiento clínico (situación de crisis), que se abordó y se recomendó la baja laboral. El 17 de noviembre de 2021 fue valorada nuevamente, de forma telefónica por el Servicio de Psiquiatría, sin cambios en la evolución, se pautó tratamiento y se efectuaron recomendaciones.

El 19 de noviembre, se le realizó un TAC de columna lumbo-sacra en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Se informó destacando un pinzamiento L5-S1; tornillos transpediculares en L5-S1 con barras; discreta medialización del derecho de S1; islote óseo en ilíaco derecho e islotes óseos en acetábulo derecho.

El 3 de diciembre de 2021, fue valorada en la Unidad del Dolor. Se planteó nuevas técnicas infiltración sacroiliaca bilateral. Se indicó continuar con el tratamiento de la visita previa.

El 16 de diciembre 2021, se le realizó una RMN lumbar en el Hospital Universitario Ramón y Cajal denotando: *“cambios postquirúrgicos de fijación transpedicular en L5-S1 con adecuada colocación de los tornillos transpediculares. En L5-S1 cambios de laminectomía izquierda. En este nivel persiste un pequeño complejo discoosteofitario posterocentral con mínima calcificación del anillo fibroso así como una mínima alteración de los planos grasos alrededor de la raíz izquierda de S1 que parece discretamente traccionada lo que sugieren cambios de fibrosis postquirúrgica asociada. Resto del estudio no presenta grandes alteraciones. Conclusión: artrodesis L5-S1; persistencia de pequeño complejo discoosteofitario posterocentral y cambios de fibrosis perirradicular S1”*.

El 16 de diciembre, fue valorada en el Servicio de Rehabilitación, en cuanto al suelo pélvico. Fue diagnosticada de posible vejiga e intestino neurógeno e interacción medicamentosa. Se explicó a la paciente que su capacidad muscular estaba conservada y se le dieron pautas para el domicilio, además de establecer el control por Urología.

El 4 de febrero de 2022, fue valorada en el Servicio de Neurología, remitida desde Urgencias. Se le solicitó RMN de columna completa y se remite nuevamente a la Unidad del Dolor.

El 14 de febrero, fue valorada en el Servicio de Rehabilitación, con similar clínica, mal control del dolor y persistencia de la limitación funcional. Se estableció la revisión en 6 meses, para seguimiento.

El 5 de marzo de 2022, se le realiza RMN de columna completa. El informe indicó: *“COLUMNA CERVICAL: no se han demostrado protrusiones discales significativas ni afectación patológica de los*

*forámenes de conjunción; adecuada alineación entre los elementos vertebrales; amplitud conservada del canal raquídeo; no se identifican imágenes de edema óseo ni erosiones; cordón medular de morfología y señal dentro de la normalidad. COLUMNA DORSAL: cambios degenerativos incipientes con nódulos de Schmorl en la plataforma superior D11; no se identifican protrusiones discales; amplitud normal del canal raquídeo; cordón medular sin alteraciones de señal. COLUMNA LUMBAR: cambios postquirúrgicos de artrodesis L5-S1 con tornillos transpediculares bien posicionados y laminectomía posterior, en este espacio L5-S1 se aprecia protrusión discal anular que provoca moderada estenosis foraminal bilateral; resto de espacios lumbares no se identifica patología discal; adecuada alineación entre los elementos vertebrales, con amplitud conservada del canal raquídeo; no se identifican acúñamientos vertebrales, edema óseo ni erosiones; cono medular de posición normal en el nivel D12, sin alteraciones de señal.*

*CONCLUSIÓN: columna cervical: sin alteraciones significativas. Columna dorsal: cambios degenerativos incipientes. Columna lumbar: cambios postquirúrgicos y discopatía anular en el espacio L5-S1”.*

El 24 de mayo de 2022, fue valorada en el Servicio de Rehabilitación, denotando que presentaba una situación crónica que requiere mantenimiento de ejercicios habituales (tiene una rutina de ejercicios entregada por su terapeuta), evitar posturas mantenidas que acrecienten el dolor y el control por la Unidad del Dolor y Psicología/Psiquiatría, para manejo del dolor.

El 26 de mayo, fue valorada en el Servicio de Neurología. Se concluyó que la paciente tenía pautada mucha medicación, siendo complicado escalar en más medicación, por lo que se recomendaba valorar otras opciones en la Unidad del Dolor.

Se le realizó un EMG el 9 de junio de 22 en el Hospital Ramón y Cajal, explorando las conducciones de los nervios peroneal, tibial y sural izquierdos y los músculos gemelo, tibial anterior y *abd hallucis* izquierdos, concluyendo el estudio neurofisiológico signos de denervación subaguda en el territorio radicular S1-S2 izquierdo.

El 28 de junio, se repitió en el Servicio de Urología la inyección de toxina botulínica intravesical 100 UI.

El 8 de agosto, se pospuso una cita en la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal por caída de la paciente y el 19 de septiembre de 2022 fue valorada y se propuso epidurolysis y radiofrecuencia vía caudal S1 izquierda.

El 27 de septiembre de 2022, fue valorada en el Servicio de Rehabilitación del HUFJD, anotando los resultados de la valoración en el Hospital Ramón y Cajal (EMG, Neurocirugía descarta tratamiento quirúrgico y la Unidad del Dolor propone epidurolysis y radiofrecuencia vía caudal) y se le indicó seguimiento por la Unidad del Dolor.

El 11 de octubre de 2022, fue valorada en el Servicio de Neurología. El juicio clínico fue de un trastorno de la marcha con debilidad en miembro inferior izquierdo de varios años de evolución, tras intervención de hernia discal L5-S1; dolor crónico y fatiga crónica; gran repercusión funcional en discordancia a la lesión tratada. Se indicó que la paciente debería caminar sin apoyos, pues puede empeorar su control de la marcha y caminar sin él puede ayudar a recuperar funcionalidad; tratamiento sin cambios. Se la citó en Unidad de Neurología Funcional, para valorar el componente funcional.

El 14 de octubre, fue valorada en la referida Unidad y el juicio clínico fue de un probable trastorno neurológico funcional, que cursaba con episodios de alteración de la marcha por debilidad en miembro inferior izquierdo, alteración sensitiva en hemicuerpo izquierdo,

incontinencia esfinteriana. Dolor crónico y fatiga crónica. Recomiendan igualmente caminar sin apoyos. Contraindican los tratamientos invasivos sobre la zona intervenida, pues pueden empeorar el trastorno.

El 21 de octubre, se suspendió la aplicación de la epidurolysis y radiofrecuencia programada para ese día en la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal, al estar la paciente en estudio de trastorno funcional y haber contraindicado el procedimiento. Se decidió el alta en la Unidad del Dolor, con la posibilidad de nueva reevaluación si precisara.

El 18 de noviembre de 2022, fue valorada en el Servicio de Neurología Funcional.

El 15 de diciembre, se le aplicó en el Servicio de Urología la inyección de toxina botulínica intravesical 200 UI.

El 8 de febrero de 2023, fue valorada en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario la Paz por alteración de la marcha a estudio y probable radiculopatía S1 izquierda. Se solicitó EMG y RMN de columna toracolumbar y revisión con el resultado.

El 17 de febrero, fue valorada en el Servicio de Neurología funcional, sin cambios significativos, anotando la pérdida de confianza en la atención del HUFJD.

El 6 de marzo de 2023, fue valorada en consulta telefónica por la Unidad del Dolor del HUFJD y se decidió cursar su baja en esa unidad, para evitar duplicar tratamientos, además de indicar el seguimiento por su MAP y por la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal.

El 2 de junio, se le realizó un EMG en el Hospital Universitario La Paz con el siguiente informe: *“el estudio electromiográfico muestra como*

*único rasgo destacable la presencia de algunos potenciales grandes en musculatura flexora de planta de pie izquierdo con normalidad de conducción de nervio tibial posterior. Este patrón en el contexto del cuadro clínico de la paciente podría ser indicativo de la existencia de una afectación motora radicular S1 izquierda de mínima intensidad, de evolución crónica sin signos de actividad”.*

El 21 de junio de 2023, se le prescribió en el Servicio de Urología nueva inyección de toxina botulínica intravesical.

El 6 de julio, fue valorada por el Servicio de Psiquiatría (la paciente había sido valorada en ese servicio periódicamente, desde 17 de noviembre de 2021). Se destacó un empeoramiento. El juicio clínico denotó que padecía un trastorno depresivo mayor y se mantuvo el tratamiento farmacológico.

No constan datos sobre los tratamientos de las fechas posteriores.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Mediante diligencia del jefe de Área de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, de 29 de octubre de 2021, notificada el 2 de noviembre, se comunicó a la reclamante la tramitación del procedimiento, la normativa aplicable y el sentido desestimatorio del eventual silencio. – folios 493 y siguiente-.

Consta, a continuación, en el expediente con igual fecha, la comunicación de la reclamación al HUFJD, facilitándole así la personación en el procedimiento, puesto que del mismo podrían resultar responsabilidades de su cuenta, interesándole que aclarasen, si la atención fue o no prestada a través del concierto con el SERMAS y

si los facultativos intervinientes en dicha atención pertenecen a la Administración Sanitaria Madrileña.

Igualmente, se les solicitó la remisión de la historia clínica y del informe del servicio o servicios afectados, de acuerdo con lo previsto en el artículo 81.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en adelante LPAC. El día 14 de diciembre se reiteró el requerimiento -folio 498-.

Se adicionó al expediente la cita del Servicio de Neurología del Hospital General Universitario Ramón y Cajal; la historia clínica de la paciente, recabada del Centro de Salud Ventura Rodríguez -folios 501 al 531- y al del HUFJD, que incluye los documentos de consentimiento informado de todos los procedimientos invasivos e intervenciones a que se sometió la paciente -folios 533 al 3143-.

Mediante escrito de 11 de mayo de 2022, se comunicó al SERMAS por parte del HUFJD, que la asistencia dispensada a la paciente le fue prestada en virtud del concierto suscrito con la sanidad madrileña.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se incorporaron informes de los responsables de los servicios cuya atención se cuestiona -folios 3143 al 3154-, del HUFJD.

El informe del jefe del Servicio de Urología, de 4 de enero de 2022, destacó que comenzó a tratar a la paciente el 23 de junio de 2021, por incontinencia urinaria.

Explica que, tras valorar el cuadro de la paciente, se constató que se trataba de una incontinencia de tipo mixto, con predominio del componente de esfuerzo, refiriendo la paciente que lo padecía desde el proceso de la patología de columna y que consistía en tener sensación de vaciado incompleto, micción en dos tiempos, incontinencia nocturna

ocasional y componente de incontinencia insensible. Que tenía frecuencia miccional diaria horaria y nocturna de 1-2 veces.

En cuanto a la exploración física, se denotó que no había alteraciones en los órganos externos, ni prolapso de órganos pélvicos, existiendo hipermovilidad uretral con escape mínimo de orina con Valsalva y tos y Oxford II-III.

El informe destaca que, en el momento de la consulta, la paciente tomaba muchos psicofármacos y analgésicos que no facilitaban la situación, ampliando estudio con un diario miccional y flujometría, recomendando Rehabilitación y ejercicios de Kegel, para mejorar el componente de esfuerzo.

Se realizaron las pruebas diagnósticas determinadas, concluyendo que el estudio aerodinámico y los hallazgos flujométricos podrían estar en relación con la elevada ingesta medicamentosa. Se identificó también, hiperactividad del detrusor, con múltiples contracciones no inhibidas durante la fase de llenado, que condicionan los escapes.

Los resultados se valoraron en una nueva consulta, de 22 de septiembre de 2021, optando por la inyección de toxina botulínica, para el control del componente de urgencia, explicando con claridad los posibles efectos secundarios. Se aplicó una primera inyección el 15 de octubre de 2021, sin incidencias reseñables.

La primera revisión post-inyección se realizó el día 1 de diciembre de 2021, refiriendo mejoría sensible y, en su virtud, se solicitó valoración por el Servicio de Rehabilitación, para efectuar fisioterapia del suelo pélvico.

El informe de Neurocirugía, de 10 de mayo de 2022, explica con detenimiento la correcta indicación en este caso de las diferentes intervenciones practicadas, sus finalidades y los eventuales efectos



secundarios. Destaca el informe que “*no existe material aprobado para el relleno del espacio en la técnica de microdiscectomía*”; que es conforme al estado actual de la ciencia practicar primero esa intervención y luego, la más invasiva de la discectomía y que, la artrodesis, se realiza sólo si es imprescindible. También que la mal posición de un tornillo de una artrodesis lumbar, así como la fistula del líquido cefalorraquídeo son riesgos conocidos en estas cirugías. Finalmente, se añade que la alteración de la función de la vejiga estaba presente en esta paciente desde antes de la primera valoración y por tanto, no puede atribuirse a las intervenciones quirúrgicas.

El jefe del Servicio de Rehabilitación, emitió igualmente informe de fecha 10 de mayo de 2022. En el mismo se destaca que la paciente, desde el principio, refería clínica incapacitante en seguimiento multidisciplinar, que se acometieron los tratamientos de forma muy ponderada y considerando siempre el resto de los que se le aplicaban. No obstante, se concluye que, a día de la fecha del informe, y pese todos los estudios y tratamientos empleados, no se objetivaba una sensible recuperación.

También consta un breve informe del jefe del Servicio de Urgencias, de igual fecha, en cuanto a la asistencia de octubre de 2018, por el síncope vasovagal, cursando pruebas analíticas y de imagen, así como una consulta con Neurología, y resonancia de columna anterior y posterior.

Posteriormente, se recabó el informe de la Inspección Sanitaria, que consta en los folios 3156 al 3181, junto con determinados anexos, referidos a los informes clínicos más relevantes del proceso asistencial, en los folios 3.182 a 3.269. El informe considera todas las asistencias dispensadas ajustadas a la *lex artis ad hoc*, precisando que: “-*No se considera que la aparición de las complicaciones postoperatorias descritas (malposición del tornillo y salida de líquido cefalorraquídeo) sea*

*óbice para la calificación como adecuada de la asistencia sanitaria prestada, al no apreciarse acreditado el incumplimiento de la lex artis ad hoc.*

*-Asimismo se considera apropiado el seguimiento clínico de la paciente”.*

Adicionado todo ello al expediente, se concedió trámite de audiencia al HUFJD el día 10 de octubre de 2023 y también a la reclamante, constando su notificación a través del letrado que la asiste el día 19 de octubre.

El 8 de noviembre de 2023 efectuó sus alegaciones finales la interesada –folios 3.278 al 3.329-. En las mismas se insiste en sus planteamientos iniciales sobre la necesidad de que la microdiscectomía debe realizarse rellenando los espacios intervertebrales que se trabajan y se indica que el consentimiento informado no puede servir para amparar negligencias médicas reputando que se produjeron en este caso, tanto en la primera intervención, según lo indicado, como en las siguientes, en las que los tornillos no se colocaron correctamente y, finalmente, hubo de colocar 4 tornillos en vez de dos o cuando se produjo una fuga de líquido cefalorraquídeo.

Frente a la preexistencia de la incontinencia urinaria, manifiesta que la incontinencia comenzó a raíz del bloqueo epidural al que se sometió la paciente en noviembre de 2018 y que ello le generó un síndrome de la cola de caballo, provocando la pérdida del control de esfínteres. Además, argumenta que el consentimiento y la información son dos derechos diferentes, aunque estrechamente imbricados y afirma que, en cualquier caso, no se informó a la afectada del alcance de los términos de los documentos de consentimiento informado.

Finalmente, descalifica el informe de la Inspección Sanitaria, al considerarlo parcial, por coincidir con los de los responsables de los

servicios afectados e indica que, en abril de 2022, a la reclamante se le ha reconocido incapacidad permanente total para su profesión habitual y que, a consecuencia de ello, ha perdido el nombramiento como funcionaria interina realizado por el Ayuntamiento de Fuenlabrada y, por ello, añade la partida de lucro cesante por incapacidad permanente total con importe de 24.485 €, actualizando la cuantía indemnizatoria total solicitada hasta 333.382,02 €. Se acompaña el certificado de reconocimiento de grado de discapacidad, del 58%, la resolución de reconocimiento de su incapacidad permanente total y su documentación adjunta y justificativa por padecer enfermedad del aparato digestivo por trastorno digestivo funcional, trastorno de afectividad por trastorno adaptativo, síndrome álgico, limitación funcional de la columna por trastorno del disco intervertebral, y enfermedad del aparato genito-urinario por trastorno de vejiga.

La representación del HUFJD también realizó sus alegaciones finales el día 13 de noviembre de 2023, insistiendo en que la asistencia dispensada por ese hospital fue conforme a *lex artis* –folios 3.330 al 3.335-.

Finalmente, con fecha de 2 de febrero de 2024, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS formuló propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación presentada, por considerar que la asistencia sanitaria cuestionada fue enteramente correcta, con independencia de la situación sanitaria de la paciente.

**CUARTO.-** La consejera de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 21 de febrero de 2024, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 14 de marzo de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 €, y por solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

En cuanto a la legitimación activa, la reclamación se ha interpuesto por la paciente, que ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la persona directamente afectada por el daño.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la atención cuestionada fue desarrollada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en virtud del convenio suscrito con el SERMAS. Sobre el particular, debemos recordar que, venimos manteniendo reiteradamente que es imputable a la Administración Sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de

los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, se cuestiona un proceso quirúrgico y asistencial iniciado el día 29 noviembre de 2018, en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, así como en su seguimiento posterior. A la vista de la documentación incorporada al procedimiento, se tiene la reclamación por formulada en plazo, puesto que la reclamación se interpuso el día 27 de octubre de 2021 y tomaremos como fecha de estabilización de las lesiones, el día 20 de abril de 2021, en que fue valorada en el Servicio de Neurocirugía del HUFJD y se concluyó que, desde el punto de vista quirúrgico no había ningún tratamiento que ya pudiera solventar sus dolencias de espalda, pese a continuar recibiendo asistencia en la Unidad del Dolor, en Urología, en Rehabilitación, Psicología Clínica y en Psiquiatría, ante la cronificación de su patología lumbar y las posibles complicaciones resultantes del proceso degenerativo que la aquejaba y sus problemas adaptativos.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En este caso, consta que se han recabado diversos informes de los responsables de los servicios a los que se imputa la producción del daño, conforme reclama el artículo 81 de la LPAC y también se ha recabado el informe de la Inspección Sanitaria. Posteriormente se ha concedido el trámite de audiencia y alegaciones finales a la reclamante y al centro concertado y se ha elaborado la

correspondiente propuesta de resolución, que desestima la reclamación, según ya se indicó.

Analizado así el desarrollo procedimental, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que

el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

*«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar”, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc”.*

*En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño,*

*puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” ( STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).*

*En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).*

*En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.*

*A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.*



*En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».*

**CUARTA.-** De los presupuestos anteriormente señalados se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración, sin la existencia de un daño real y efectivo.

En el caso que nos ocupa está acreditado que la paciente padece una serie de daños y trastornos de gravedad, de carácter físico y también psicológico-adaptativos, que la reclamante considera consecuencia de los tratamientos dispensados.

Concretamente, la incontinencia urinaria se asocia al bloqueo epidural practicado el día 8 de noviembre de 2018 y, el resto de sus dolencias y complicaciones traumatológicas se plantean como el resultado de las intervenciones quirúrgicas a que posteriormente fue sometida, siendo la primera la microdisectomía L5-S1 y foraminotomía izquierda que se le practicó el día 29 de noviembre de 2018, en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, que considera que estuvo afectada por serias deficiencias que determinaron que tuviera que ser reintervenida en otras tres ocasiones y que vincula con secuelas motoras, urológicas y psicológico-adaptativas.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica*”.

En este caso, la reclamante no ha aportado directamente al procedimiento ninguna prueba técnico-médica que acredite que la asistencia sanitaria no fue conforme a la *lex artis*, oponiéndose a los planteamientos de los servicios médicos cuestionados y a los propios de la Inspección Sanitaria, sin sustento adicional al de sus propias consideraciones personales.

Frente a tal planteamiento y en sentido coincidente, se aportan explicaciones fundamentadas por los responsables de Neurocirugía, Urología, Rehabilitación y Urgencias del HUFJD y por la propia Inspección Médica, que argumentan que la atención dispensada fue completa, sin omisión de medios diagnósticos ni terapéuticos, coordinada y continuada en el tiempo; pese a lo cual no han podido evitar la gravedad de la situación actual de la paciente.

Efectuando un análisis cronológico de los reproches, frente a la pretendida causación de la incontinencia urinaria por el bloqueo epidural al que se sometió la paciente el 8 de noviembre de 2018, debemos destacar que el pertinente documento de consentimiento informado recoge expresamente como posible complicación subsiguiente a esa técnica, la “*dificultad para el control de los esfínteres vesical o anal*” -folio 3.128 del expediente-.

Se argumenta en tales informes que, la indicación de la microdisectomía L5-S1 y foraminotomía L5-S1 izquierda, realizada inicialmente fue debida a la presencia de un cuadro de lumbociatalgia

izquierda, de aproximadamente seis semanas de evolución, acompañado de alteraciones de la sensibilidad e incompetencia en reposo del esfínter vesical, con el hallazgo en RMN de una voluminosa hernia discal posterolateral izquierda, extruida y migrada caudalmente, que contactaba sobre todo con la raíz S1 izquierda en el receso lateral. El citado cuadro clínico no había mejorado con el tratamiento conservador realizado, puesto que el bloqueo efectuado en noviembre de 2018, no logro hacer remitir la grave sintomatología.

En cuanto a la técnica quirúrgica, se explica que la microdiscectomía consiste en la resección de una porción lo más reducida posible de la lámina (hemilaminectomía parcial del lado afectado) y la extracción del material discal herniado, empleando un microscopio o gafas lupa para mejorar la visualización del campo operatorio, lo que permite que la incisión sea menor y que, en el supuesto que la raíz nerviosa esté atrapada, puede ser necesario ampliar el foramen intervertebral (foraminotomía) para facilitar la liberación del citado nervio. En este caso hubo de combinar ambas actuaciones, confirmándose que la raíz quedaba liberada y, previamente a la intervención quirúrgica, no se objetivaron signos de inestabilidad u otra condición de la columna vertebral que aconsejaran la realización de una artrodesis como técnica complementaria a la microdiscectomía.

Pese a lo indicado, y concurriendo un permanente seguimiento de la paciente, en la consulta de Neurocirugía del día 20 de octubre de 2020 se indicó una nueva intervención quirúrgica consistente en estabilización lumbar L5-S1 con tornillos pediculares (artrodesis), porque aunque no se objetivaba inestabilidad lumbar se encontraron importantes hallazgos de discopatía degenerativa L5-S1, que no estaban previamente presentes, siendo la existencia de cambios

degenerativos graves una de las indicaciones recogidas en la bibliografía para la práctica de artrodesis vertebral.

Respecto a la malposición del tornillo L5 y la durotomía accidental, se indica que se produjo en la intervención del 29 de octubre de 2020, se destaca que entre los riesgos descritos en la literatura médica en la realización de una cirugía de columna en general está la durotomía (rotura de la dura madre) accidental con salida de líquido cefalorraquídeo y la malposición de los tornillos transpediculares, en la práctica de una artrodesis instrumentada y se contemplaban en el documento de consentimiento informado que la reclamante firmó y que obra en el expediente. Textualmente aparece en el citado documento de consentimiento informado en el apartado de riesgos de la intervención artrodesis: *“la instrumentación con mala colocación de los tornillos fuera de su sitio en el hueso en 0-10% a veces produciendo dolor o déficit neurológico en 0-3%...”* y *“la fistula del líquido cefalorraquídeo con salida de material acuoso por la herida en el 0,1 al 9 %”* –folio 3.119 del expediente-.

En el caso analizado, según consta en el protocolo quirúrgico, procedimiento quirúrgico, la artrodesis estuvo asistida por técnicas de imagen intraoperatoria tanto para colocar los tornillos como para comprobar su correcta posición.

Además, según consta, se tomaron medidas diagnósticas precoces durante el postoperatorio inmediato y una vez diagnosticadas las complicaciones, se procedió al tratamiento quirúrgico de la malposición y al tratamiento conservador de la durotomía (reposo en cama 48 horas) y las citadas medidas fueron eficaces.

Por ello, según determina la Inspección Sanitaria: *“aunque ocurrieron las complicaciones descritas, no se considera acreditado que fuera debido a una mala realización de la técnica y por lo tanto a un*

*incumplimiento de la lex artis ad hoc, ya que intraoperatoriamente se comprobó la correcta posición de los tornillos. Se consideran riesgos consustanciales a la intervención quirúrgica que pueden ocurrir incluso con estricto cumplimiento de la lex artis”.*

Con posterioridad a la resolución quirúrgica de la malposición de los tornillos, se produjo una mala evolución clínica de la paciente, con persistencia incapacitante del dolor lumbar y del miembro inferior izquierdo, alteraciones de la sensibilidad y de la marcha, incontinencia de esfínteres y alteraciones psicológicas.

Durante este periodo se ha realizado un seguimiento estrecho de la paciente por diversos especialistas (Neurocirugía, Rehabilitación, Unidad del Dolor, Neurología, Urología, Psiquiatría, Psicología Clínica) en diferentes hospitales (Fundación Jiménez Díaz, Hospital Ramón y Cajal y La Paz). Asimismo, se han realizado varias pruebas diagnósticas de imagen (RMN, TAC) que concluyen en la existencia de cambios postquirúrgicos sin indicación de nueva intervención quirúrgica y dos EMG, el último de junio de 2023 que concluye que el patrón electromiográfico en el contexto del cuadro clínico de la paciente podría ser indicativo de la existencia de una afectación motora radicular S1 izquierda de mínima intensidad de evolución crónica sin signos de actividad.

En conclusión, los informes incorporados al procedimiento, que no han sido contradichos con prueba alguna aportada por la interesada, permiten entender que no hubo ninguna vulneración de la *lex artis*, sino que se hizo un tratamiento y seguimiento multidisciplinar adecuado de la paciente por parte de los servicios sanitarios del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en función de los signos y síntomas que presentaba en cada momento, si bien no pudieron evitar que la tras la primera cirugía sobreviniera una nueva complicación por la patología degenerativa que presentó la paciente,

que determinó la necesidad de una estabilización con artrodesis lumbar, en la que se concretaron dos de los riesgos previstos, inherentes a la dificultad del proceso y contemplados en el documento de consentimiento informado, solucionadas adecuadamente y que cursaran unas graves complicaciones que determinaron la evolución incapacitante de la paciente y sus problemas psicológicos y adaptativos añadidos; pero que no resultan imputables ni a mala praxis en la intervención, que discurrió sin incidencias, ni a una omisión de medios en el postoperatorio, según lo expuesto. Como hemos recordado reiteradamente en nuestros dictámenes y recoge, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de junio de 2019 (recurso 505/2017):

*“En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003)”.*

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la presente reclamación, al no haberse acreditado mala praxis en la atención dispensada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 14 de marzo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 137/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid