



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 591/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 20 de diciembre de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 563/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por reclamación presentada el 22 de marzo de 2018 por Don (...), por los daños padecidos, presuntamente, como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante no fija en su escrito inicial la cuantía que reclama refiriéndose a que solicita la cantidad que legalmente le corresponda, y en escrito presentado el 19 de octubre en el trámite de audiencia se remite a las cantidades que se solicitan en aquél inicial pero en el mismo también reseña que reclama por las dolencias y secuelas que padece según informe pericial aportado, y es en éste, que se adjunta como prueba por el reclamante el 14 de septiembre en el que se plasma un periodo de evolución y secuelas cuya valoración superaría la cantidad de 6000 euros, por cuanto fija un periodo de evolución de 330 días de los que al menos 100 le producen perjuicio personal moderado y 183 perjuicio personal básico, y secuelas que estima en 12 puntos de perjuicio funcional y 10 puntos de perjuicio estético, lo que determina la preceptividad del Dictamen.

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

Igualmente, concurren la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud y la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la Salud.

6. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

7. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El interesado expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

Desde los 28 años, padece la enfermedad de Still, siendo atendido por el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC).

Tras detectarse una adenopatía laterocervical derecha, se le realiza eco paff el 28 de diciembre de 2016, dando como resultado material necrótico e inflamatorio inespecífico, por lo que se remite al Servicio de Cirugía General para extirpación completa de ganglio.

El 23 de marzo de 2017 se realiza la intervención de extirpación de ganglio. Hallazgos: Adenopatía dura de unos 5 cms de diámetro adherida a planos musculares muy dolorosos a la palpación y disección.

Tras la intervención en la adenopatía laterocervical derecha, comienza a ser dolorosa, si bien antes no lo era y tiene limitación para realizar determinados movimientos con su brazo derecho, además de falta de sensibilidad en la zona del hombro y cuello, próximos a la zona intervenida.

El estudio neurofisiológico de 11 de mayo de 2017 es sugestivo de neuropatía del nervio espinal accesorio derecho, de carácter axonal, intensidad severa y discretos signos agudos de denervación en su musculatura tributaria.

Si bien ha completado las sesiones de rehabilitación recomendadas, su situación sigue igual, teniendo poca movilidad en el brazo y fuertes dolores.

La reclamación por responsabilidad patrimonial del SCS se basa en que entiende que, a raíz de la intervención de 23 de marzo de 2017, padece neuropatía del nervio espinal y en ningún momento se le informó de los riesgos que podían producirse.

2. Por su parte, el SIP relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

El paciente es diagnosticado de la enfermedad Still en el año 1998 (proceso inflamatorio multisistémico de causa desconocida caracterizada por episodios de fiebre, rash cutáneo, artralgias, artritis, mialgias (...)).

Extirpación del timo en diciembre de 1998. Asintomático desde 2010.

En octubre de 2016, en estudio adenopatía laterocervical derecha.

El 3 de noviembre de 2016, en la evolución del estudio, consta que no existen datos de malignidad.

Pendiente ecografía de cuello para diciembre de 2016.

En diciembre de 2016, previo a la realización de ECO-PAFF, se constata adenopatía dolorosa. Resultado de ECO- PAFF: Material necrótico inflamatorio inespecífico. Se remite al Servicio de Cirugía para extirpación completa de ganglio y la interconsulta se realiza el 19 de enero de 2017 biopsia.

Valorado en consultas externas del Servicio de Cirugía. El 7 de marzo de 2017. Se propone al paciente extirpación completa y biopsia del ganglio, bajo anestesia local. Se entrega consentimiento informado que el paciente acepta y firma el 7 de marzo de 2017.

El 23 de marzo, con carácter previo a la intervención, en el checklist previo - listado verificador de la seguridad de la cirugía- el paciente confirma identidad, localización quirúrgica, procedimiento y consentimiento.

Ese mismo día se procede a la intervención. Hallan intra operatoriamente, lesión dura de unos 5 cms de diámetro, muy dolorosa a la palpación y disección, adherida a planos musculares. El paciente presentó algunos movimientos espásticos del miembro superior derecho a causa del uso bisturí eléctrico. Se decide biopsia a cielo abierto y no completar la intervención programada de extirpación de adenopatía.

No constan complicaciones inmediatas al proceso. Alta antes de 24 horas posteriores a la cirugía, el 23 de marzo de 2017. Se va a casa estable, sin dolor.

El resultado de la biopsia de marzo de 2017: «Proceso con infiltración de células de extirpe linfoide atípicas (...)» pero se decide ampliar estudio histopatológico. No se demuestra patología maligna.

El 19 de abril de 2007 -en realidad, debe señalar 2017- se solicita ENG (electroneurografía) de miembro superior derecho para valorar radiculopatía secundaria a proceso quirúrgico, también se solicita Rx de ambos hombros. Iniciar rehabilitación de hombro derecho por fisioterapeuta. Limitación de la abducción de 90 ° activa, pasiva normal, no datos de síndrome constitucional, ni fiebre.

En mayo de 2017, se decide PECT-TAC e interconsulta urgente a Hematología, que valora al paciente el 29 de mayo de 2017. Se realizan analíticas diversas, encontrándose patrones normales. Se le cita para junio de 2017. Además Hematología recomienda realizar nueva biopsia, bajo anestesia general.

La Ecografía realizada en mayo de 2017 detecta nódulo palpable laterocervical derecho. En la ecografía se observa un área más delimitada de más de 3 cms, incremento de ecogenicidad de la grasa subcutánea y se cuestiona si ello obedece a cambios postquirúrgicos o inflamatorios. En esta área se observa también múltiples ganglios inespecíficos, sin otros hallazgos significativos.

El 11 de mayo de 2017, se realizó ENG: Resultado sugestivo de Neuropatía del nervio espinal accesorio derecho, de carácter axonal, intensidad severa y con discretos signos de denervación en su musculatura tributaria, restos de nervios del miembro superior normalidad. Se realiza interconsulta al Servicio de Rehabilitación y a UDO (Unidad del Dolor), a causa de la dificultad de abducción activa del brazo. A partir de los 60°, que acontece tras la intervención quirúrgica.

El 5 de junio de 2017, estudios de linfocitos T y B, normales.

El 8 de junio de 2017, se cita al paciente para PEC-TAC. El paciente decide no esperar y acude a Pamplona. Se analiza el ganglio tras su extirpación: «Pseudotumor inflamatorio secundario a la enfermedad reumática de base», también denominado pseudolinfoma inflamatorio.

El 20 de junio de 2017, consta en la historia «está en fisioterapia diaria».

El 3 de julio de 2017, en cita con Rehabilitación, presenta tras la cirugía una abducción pasiva del hombro a 45°.

- El 20 de septiembre, el Servicio de Rehabilitación informa: «El paciente refiere estar mejor, más movilidad y fuerza en MSD, pendiente de estudio neurofisiológico en noviembre» y valoración del Servicio de Reumatología en enero de 2018.

- El 15 de febrero de 2018, en consulta del Servicio de Reumatología: Hombro derecho libre activos/pasivo. Ant. 150/180 abd 80/140, retrop 90° y rotaciones libres. Persiste atrofia del m. supraespinoso y leve atrofia del serrato derecho.

El SIP, ante estos hechos, llega a las siguientes conclusiones:

1.- El paciente firma consentimiento informado (C.I.) para biopsia-extirpación ganglionar o de tumoración el 7 de marzo de 2017. A su vez firma C.I. para el Servicio de Anestesia.

En dicho consentimiento se explica que durante el procedimiento se pueden hacer modificaciones del mismo, que la anestesia puede ser local o general, que

además no existe una alternativa eficaz al tratamiento previsto. Y que conoce los riesgos y secuelas del acto quirúrgico.

Según consentimientos se explica el procedimiento que se va a utilizar, y aclarado las dudas.

El C.I. expone que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento (dolor prolongado, recidiva, reintervención, hematomas, (...)).

También se encuentra en el C.I. la referencia a la modificación del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, tomar una muestra o si es posible extirpar el ganglio linfático o tumoración.

2.- Los datos con respecto a la adenopatía, al dolor en la zona, en la misma, que se manifiestan en la reclamación, punto quinto, efectuada por el interesado, no son los que se plasman en la historia clínica.

En la reclamación afirma que la adenopatía «antes no era dolorosa». En la historia clínica del Hospital de La Candelaria se comprueba que el ganglio afectado era doloroso en diciembre de 2016, previo a la ECO-PAFF realizada el 27 diciembre de 2016.

El día 7 de marzo de 2017, primera visita a Cirugía General se explica que padece dolor intermitente en zona de adenopatía.

A su vez la descripción intraoperatoria del 23 de marzo de 2007 -en realidad, debe referirse a 2017- muestra que era doloroso a la palpación intraoperatoria.

3.- Tener en cuenta que la cirugía se produce para extirpar o eliminar una adenopatía laterocervical derecha, que no se pudo filiar bien tras la ECO-PAFF.

Esta exéresis no se puede realizar porque estaba muy adherida a planos musculares, lo cual es una complicación que se encuentra el cirujano, que no estaba prevista.

Intenta resolver este problema, pero aún con la utilización de más anestesia local el paciente refiere dolor, se opta por realizar solo la biopsia de la adenopatía.

Esta modificación se encuentra contemplada en el consentimiento informado, el cirujano se encuentra «problemática a la extirpación de la lesión» y decide solo

realizar la biopsia, el hecho de tener dolor e incluso prolongado está contemplado en el consentimiento, el dolor se siente por la transmisión de la vía nerviosa.

Se deduce de la historia clínica que el dolor se presenta en el lugar de la zona de incisión, no en el hombro, se refiere sólo al brazo con respecto a espasmos producidos por el bisturí eléctrico, como así lo explica en informe el Servicio de Cirugía y que firma a su vez el Jefe de Cirugía del HUC.

El cirujano se encuentra una complicación y actúa con respecto a ello.

Debido a lo hallado intraoperatoriamente insisten en lograr el objetivo que es la exéresis de la adenopatía, pero por el dolor que refleja el paciente y lo complicado de efectuar dicha extirpación, se decide parar y realizar solo biopsia del ganglio afectado.

Se adaptaron a lo hallado y al no poder resolverse como era la intención el proceso, retroceden en sus intenciones y efectúan solo la biopsia.

Tener en cuenta que solo con la palpación intraoperatoria de la lesión ya dolía, el ganglio estaba adherido a los planos musculares e interconectado con sistema nervioso local, de ahí tanto dolor.

El padecer la enfermedad de Still que es una enfermedad inflamatoria sistémica tiene importancia y mucho que ver con esta adherencia acusada.

Tengamos en cuenta que la enfermedad de Still tiene en su curso la aparición de adenopatías, no malignas en principio, sino inflamatorias.

Ello se corresponde con el diagnóstico con el que se concluyó el estudio anatomopatológico de dicha adenopatía, en el Hospital Nuestra Señora de La Candelaria y a su vez y claramente en el estudio efectuado en Pamplona, «adenopatía causa inflamatoria y secundario a su enfermedad de base», denominado pseudolinfoma inflamatorio, «entidad de tipo benigno, frecuente en pacientes afectos de enfermedad autoinmune», según nos explica el informe anatomopatológico de la (...), y donde acudió el paciente.

La enfermedad de base del paciente y causa de la adenopatía intervenida es la responsable del problema sufrido por el paciente.

Con respecto a lo hallado se actúa. No encuentra mala praxis ejercida por dicho servicio.

Con respecto a la patología del nervio accesorio espinal, se trató convenientemente, con un seguimiento, diagnóstico y tratamiento adecuado al caso, lográndose una mejoría clínica ostensible.

4.- Profundizando en la clínica, si observamos la evolución clínica del proceso, tras el alta médica de la cirugía el paciente se va a casa sin dolor como se valora en historia clínica hospitalaria.

Posteriormente el 30 de marzo de 2017 el paciente acude a su Centro de Salud, cita en consulta de enfermería para retirada de sutura.

La enfermera tras la exploración escribe en historia clínica: herida quirúrgica en cuello, zona lateral derecha, buen aspecto, no signos de infección, herida cicatrizada, cura con suero fisiológico, se cortan cabos de sutura, a su vez el mismo día cita con su médico, en ninguna de estas consultas el día 30 de marzo de 2017 el paciente se queja de problemas en hombro o brazo derechos, no se queja de dolor.

El paciente a su vez refiere que tras la intervención quirúrgica aparte de comenzar a ser dolorosa lo cual hemos descrito no se constata, presenta limitación a ciertos movimientos de brazo derecho, falta sensibilidad en hombro derecho y zona cuello próxima, hemos de decir que la sensibilidad no se afectó. Ello está así en la historia y sobre todo porque el nervio accesorio espinal es un nervio motor.

Disminución de sensibilidad es sólo en la zona de la cicatriz, lo que no tiene que ver con el nervio espinal.

El paciente refiere que dicha sintomatología se la transmite a su médico en la próxima consulta, esta fue el 19 de abril del 2017, antes no hay referencia a sus quejas.

Estamos hablando que desde la cirugía el 23 de marzo de 2017 hasta abril del 2017, no hay quejas ni manifestaciones de lo padecido, no consta en historial clínico, ni de primaria ni de especializada.

Por tanto, creemos, no se establece una clara relación entre la cirugía y la afectación del nervio accesorio espinal derecho, ya que el paciente no refiere síntomas hasta semanas después de dicho acto quirúrgico, pues el déficit neurológico hubiera sido inmediato o casi inmediato en caso de lesión del nervio intraoperatoria.

Tengamos en cuenta que la adenopatía no se extirpó en esta cirugía de marzo de 2017, sino que es en junio de 2017 cuando se realiza la exéresis en Pamplona.

La adenopatía seguía estando allí, y la evolución de la misma podría llevar a la producción de la afectación neurológica, como un proceso evolutivo.

Tras el estudio microscópico en Pamplona, se comprueba una zona de ganglio y otras células inflamatorias, con conglomerado nervioso afectado, esto le pudo provocar la afectación neurológica reclamada, la propia inflamación y afectación neurológica local en su evolución. Es un pseudolinfoma lo hallado.

No hay sección del nervio espinal en el EMG. Afectación si pero no sección, ello ayuda a la teoría explicada anteriormente.

Recordemos: primero era una adenopatía no dolorosa al descubrirse, y desde diciembre de 2016 pasa a ser dolorosa, el 7 de marzo de 2017 era dolorosa intermitentemente, la encuentran en marzo en la cirugía muy dolorosa a la palpación, muy adherida a planos profundos, y en junio de 2017 se diagnostica un pseudolinfoma inflamatorio, una masa que parte era ganglionar, parte células inflamatorias diversas y parte nervios y estructuras nerviosa, hipertrofiadas, y adheridas a las demás estructuras. La evolución del dolor fue comparsa a la del proceso inflamatorio.

5.- El 19 de abril la clínica presentada por el paciente en hombro derecho es de dolor y pérdida de la movilidad del mismo, se solicita Rx y estudio neuromiográfico.

El ENG se realiza el 11 de mayo de 2017.

Tras el diagnóstico y valoración de la afectación del nervio accesorio espinal, se pone en marcha la necesidad de rehabilitación y seguimiento por el Servicio de Rehabilitación, tras dicha rehabilitación se concluye una evidente mejoría clínica de los movimientos del hombro derecho, y que probablemente siga mejorando, dado que estos procesos necesitan su tiempo, esta mejoría «clínica» se constata en la exploración efectuada por el Servicio de Rehabilitación, tanto en la zona cervical como en el brazo, la clínica es la que manda.

A partir de diciembre de 2017 aparecen otras adenopatías, en zona inguinal según lectura de historia clínica de Atención Primaria. Esto viene englobado en el proceso de su enfermedad de base, y es evolutivo.

El 24 de enero de 2018, en consulta del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Candelaria, se expone que la abducción del hombro derecho llega bien a los 90 grados, y la aducción a los 130 grados, resto dentro límites normales, no afectación sensibilidad zona. Una franca mejoría.

Por último, según informe del SIP, se realizó diagnóstico, tratamiento y seguimiento pertinente del paciente, en todo momento.

3. En período probatorio, el interesado presenta Informe pericial en el que se manifiesta lo que sigue:

El interesado padece desde de la infancia de una enfermedad de Still, poliartritis reumatoide con episodios febriles que responden al tratamiento con corticoides, y está en tratamiento y control por el Servicio de Reumatología del HUNSC.

En febrero de 2016 se le detecta una adenopatía latero-cervical derecha y por su patología de base se decide practicarle un eco-paf, que se realiza el 28-12-1016, con hallazgo de material inflamatorio inespecífico, y por todo ello insuficiente, y por ello se decide remitirlo a cirugía general para extirpación completa, lo que se realiza el 23 de marzo de 2017, con el hallazgo de una adenopatía dura de unos 5 cm de diámetro adherida a planos musculares y muy dolorosa, a pesar de la anestesia local abundante en la zona, a la palpación y disección, y se decide tomar biopsia a cielo abierto de la misma.

Tras ello presenta dolor en hombro derecho, que antes no presentaba, y limitación para realizar ciertos movimientos con su brazo derecho, como la abducción y antepulsión. Por todo ello se solicita RX de hombros y ENG de MSD para valorar posible radiculopatía secundaria a proceso quirúrgico, que se realiza el 11 de mayo de 2017 y que es sugestivo de neuropatía del nervio Espinal Accesorio, de carácter axonal, de intensidad severa y discretos signos agudos de denervación en su musculatura tributaria, estando el resto de nervios motores y sensitivo de MMSS dentro de la normalidad.

Se solicita ecografía de cuello y se aprecia un área mal limitada por posibles cambios postquirúrgicos.

Por todo se solicita por el servicio de Reumatología la práctica de rehabilitación, que comienza a realizar el 11 de julio de 2017 y se prolonga hasta el 20 de septiembre de 2017. Al mismo tiempo se solicita consulta con la Unidad del Dolor.

Tras realizar la Rehabilitación se vuelve a realizar neurofisiología, que se realiza el 30 de octubre de 2017, sin cambios significativos respecto al estudio previo.

Por todo se le indica por el cuadro doloroso de hombro derecho la toma de Lyrica y codeisan y se remite de nuevo a rehabilitación que se realiza desde el 3-11-2017 al 15-2-2018.

En el momento actual presenta dolor en hombro derecho, que aumenta con los movimientos del mismo, y limitación de la movilidad que afecta a la abducción limitada a 90° (normal e izquierdo a 180°), antepulsión a 140° (normal e izquierdo a 180°) y rotaciones normales. Presenta además cicatriz en cuello muy aparente que constituye perjuicio estético moderado.

Es indudable que el resultado final, que se ha producido en la extirpación de la adenopatía del cuello con la lesión de neuropatía del nervio espinal accesorio derecho, es debido a una práctica quirúrgica defectuosa.

Por todo anterior hemos de señalar que la intervención quirúrgica para la exéresis de la adenopatía que presentaba en zona latero-cervical, realizada el día 23 de marzo de 2017, le ha ocasionado un periodo de evolución de 330 días (desde el 23-3-2017 al 15-2-2018), de los que al menos 100 le producen perjuicio personal moderado y los restantes 183 días perjuicio personal básico, así como determinadas secuelas, que concreta, a efectos de valoración, en 12 puntos de perjuicio funcional y en 10 de perjuicio estético.

4. Dado preceptivo trámite de audiencia el reclamante presenta alegaciones en las que se ratifica íntegramente en su escrito inicial de reclamación patrimonial.

Además, manifiesta que no son admisibles bajo ningún concepto las manifestaciones y conclusiones vertidas en el informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, validado en fecha 2 de agosto de 2018 y que consta unido al referido expediente, y ello en base a las siguientes consideraciones:

- Refiere dicho informe que el paciente firma consentimiento conociendo los riesgos y secuelas del acto quirúrgico, extremo éste del todo incierto toda vez que si bien firmó dicho consentimiento en el formulario que se le entregó, en los apartados riesgos personalizado y consecuencias de la cirugía, carecen de contenido (figura en blanco), del cual tampoco fue informado de forma verbal, por lo que no pudo tener conocimiento efectivo de tales riesgos y consecuencias, según se acredita al folio 107 de la historia clínica aportada el expediente; provocando los efectos indeseables que finalmente han tenido lugar viendo afectado, con una neuropatía del nervio espinal accesorio derecho, de carácter axonal, intensidad severa y con signos agudos de denervación en su musculatura tributaria, según consta en la historia clínica.

- En cuanto a la segunda de las conclusiones del referido informe, aclarar que con anterioridad a la intervención tenía molestias en el ganglio únicamente en la palpación, si bien una vez efectuada la intervención quirúrgica, se produce un incremento del dolor en toda la zona incluido el ganglio sin necesidad de llegar a tal palpación.

- En cuanto a la práctica de la intervención de forma ambulatoria bajo anestesia, si bien se detecta en el momento de la intervención la dificultad de llevarla a cabo por la adherencia a planos musculares, complicación con la que se encuentra la cirujana, que no estaba prevista, y aún dolor manifestado de forma reiterada por el paciente, no obstante decide continuar con dicha intervención de la forma ambulatoria antedicha, diciéndole el personal que llevaba a cabo dicha intervención que los espasmos y dolor era normal, y en ningún momento se le manifestó que era consecuencia del uso de un bisturí eléctrico.

Que sufra del síndrome de Still, que, efectivamente, es un proceso inflamatorio, nada tiene que ver ni son consecuencia las secuelas sufridas por el paciente tras dicha intervención. Que dado que la intervención quirúrgica llevada a cabo no logró los fines deseados que eran ver si tenía un linfoma que era lo que se quería descartar y dado que tenía someterse nuevamente a una intervención, el paciente acude a la (...) por temor a someterse de nuevo a los sufrimientos indicados en párrafos anteriores y en el mismo Servicio de cirugía.

- La conclusión a la que se llega en el punto 4 del referido informe, según dice literalmente «profundizando en la clínica médica del paciente», sobre que se va a casa sin dolor, se obvia que el informe clínico de alta señalado como documento siete de la historia clínica (folio 79 y 80) se va a casa con indicaciones de paracetamol un gramo cada 8 horas durante 5 días y metamizol 575mg c/ 8 horas si más dolor, tratamiento que siguió bastantes días debido al dolor de la zona. Que acude siguiendo las indicaciones a los ocho días a su centro de salud solamente a retirar las suturas, refiriendo que tras la intervención quirúrgica siente dolor y presenta limitación a movimientos de brazo derecho, falta de sensibilidad en el hombro derecho y en la zona del cuello.

Que no es cierto que cuando acude el 19 de abril a la consulta de su reumatología no haya ninguna referencia a sus quejas, puesto que en informe que su doctora va completando en cada consulta figura en el apartado otros diagnósticos de sospecha: «limitación a la ABB 90° activa de HD, ABB pasiva normal, dolorosa en los últimos planos tras la QX de adenopatía latero cervical», según consta en el

documento aportado por esta parte con el escrito de reclamación inicial, bajo el número SEIS, señalándose el mismo a efectos probatorios.

Que las dolencias y secuelas que padece y por la que se interpone la presente reclamación son una consecuencia directa de dicha intervención quirúrgica existiendo relación directa causa-efecto exigida en todo tipo de reclamación patrimonial, todo ello consecuencia de la mala praxis quirúrgica, según informe pericial aportado por esta parte y unido al expediente.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada al considerar que está prescrito su derecho a reclamar, aunque se entiende que es un error, pues, por un lado, es patente que ello no es así (la reclamación se presente al año de realizarse la operación quirúrgica a la que imputa la causación del daño), como, por otro lado, que en ninguna parte de la Propuesta de Resolución se alude a tal prescripción, sino a que se desestima por no existir relación causal entre el daño reclamado y la actuación de los servicios sanitarios que fue en todo momento ajustada a la *lex artis*.

III

1. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), procede tener en cuenta que a la Administración le es exigible 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 materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

2. En el caso que nos ocupa, el interesado reclama porque entiende que, a raíz de la intervención de 23 de marzo de 2017, padece neuropatía del nervio espinal y en ningún momento se le informó de los riesgos que podían producirse.

Sin embargo, de la documentación obrante en el expediente -no refutada por el interesado ni mediante el informe pericial aportado, ni por sus alegaciones en el trámite de audiencia-, se desprende, por una parte, que no está acreditado que tal neuropatía del nervio espinal tenga relación directa y exclusiva con la operación realizada el 23 de marzo de 2017, mientras que, por otra, consta firma del documento de consentimiento informado para la intervención de biopsia-extirpación ganglionar o de tumoración, documento que, si bien no tiene información adicional, de la que existe en el formulario estándar, de su firma se acredita -en contra de lo alegado por el interesado- que, efectivamente, tuvo conocimiento de los riesgos y secuelas del acto quirúrgico, así como del procedimiento que se utilizó, aclarándose sus dudas. También consta en ese documento que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento [dolor prolongado, recidiva, reintervención, hematomas, (...)], así como la referencia a la modificación del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, tomar una muestra o si es posible extirpar el ganglio linfático o tumoración.

Como afirma el SIP, a la vista de los informes de los servicios que atendieron al reclamante, en la operación del 23 de marzo de 2017 no se pudo extirpar o eliminar una adenopatía laterocervical derecha, porque estaba muy adherida a planos musculares, lo cual es una complicación que se encuentra el cirujano, que no estaba prevista, optándose, ante el dolor referido por el paciente, por realizar solo la biopsia de la adenopatía. Esta modificación se encuentra contemplada en el consentimiento informado. Se deduce de la historia clínica que el dolor se presenta en el lugar de la zona de incisión, no en el hombro. El padecer la enfermedad de Still que es una enfermedad inflamatoria sistémica tiene importancia y mucho que ver con esta adherencia acusada.

La adenopatía no se extirpó en esta cirugía de marzo de 2017, sino que es en junio de 2017 cuando se realiza la exéresis en Pamplona.

El SIP no establece una clara relación entre la cirugía en dependencias del SCS y la afectación del nervio accesorio espinal derecho, ya que el paciente no refiere síntomas hasta semanas después de dicho acto quirúrgico, pues el déficit neurológico hubiera sido inmediato o casi inmediato en caso de lesión del nervio intraoperatoria.

Es la enfermedad de base del paciente y causa de la adenopatía intervenida la responsable del problema sufrido por el paciente. Tras el diagnóstico y valoración de la afectación del nervio accesorio espinal, se pone en marcha la necesidad de rehabilitación y seguimiento por el Servicio de Rehabilitación, tras dicha rehabilitación se aprecia una evidente mejoría clínica de los movimientos del hombro derecho, y que probablemente siga mejorando, dado que estos procesos necesitan su tiempo, esta mejoría «clínica» se constata en la exploración efectuada por el Servicio de Rehabilitación, tanto en la zona cervical como en el brazo, la clínica es la que manda.

A partir de diciembre de 2017 aparecen otras adenopatías, en zona inguinal según lectura de historia clínica de Atención Primaria. Esto viene englobado en el proceso de su enfermedad de base, y es evolutivo.

El 24 de enero de 2018, en consulta del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Candelaria, se expone que la abducción del hombro derecho llega bien a los 90 grados, y la aducción a los 130 grados, resto dentro límites normales, no afectación sensibilidad zona. Una franca mejoría.

En definitiva, por una parte, el interesado fue informado de las posibles consecuencias de la intervención quirúrgica practicada el 23 de marzo de 2016 en el HUNSC que, pese a tener como objetivo la extirpación del ganglio, finalmente únicamente se practicó la biopsia del ganglio inflamado. Por otra parte, y precisamente por ello, la afectación del nervio accesorio espinal fue consecuencia o de la extirpación del ganglio realizada en Pamplona o de la evolución de su enfermedad de base (enfermedad Still diagnosticada en el año 1998). Igualmente ha quedado plenamente acreditado que se realizó diagnóstico, tratamiento y seguimiento pertinente del paciente, en todo momento, no apreciándose mala praxis.

Por todo ello se ha de concluir que no concurren los requisitos para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, de lo que se desprende que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, en cuanto desestima la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho, si bien debe ser modificada la parte final en congruencia con las alegaciones contenidas en los Fundamentos de Derecho de la misma, y tal y como se ha expuesto en este Dictamen, por no concurrir prescripción del derecho a reclamar.