



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 8 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 22 de enero de 2019.

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. 597/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El interesado en este procedimiento solicita una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero 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 el primer precepto con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. El fundamento fáctico de la pretensión indemnizatoria descansa en las alegaciones realizadas por el afectado en su escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud al no prestarle la asistencia sanitaria que presuntamente requería.

Expone en su escrito inicial, entre otros extremos, lo siguiente:

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

«El día 31 de agosto de 2016 me operaron del menisco. El médico me dio un mes de recuperación y comencé la rehabilitación indicada por los doctores. A mitad de dicha rehabilitación empecé a sentir los primeros síntomas, tales como mucho dolor, falta de fuerza de cintura hacia abajo, incontinencia a la hora de orinar, dolores en la barriga y extremidades. Entonces los médicos me quitaron la rehabilitación. También perdí sensibilidad en las piernas de tal manera que ya no podía conducir.

Mientras tanto iba yo recibiendo la atención de diferentes doctores. La médica rehabilitadora me había comentado algo de que podía ser cosa de los nervios y todo derivado del tema de la anestesia epidural. La cuestión es que desde que me operaron hasta la fecha es increíble el bajón que ha dado mi organismo hasta el punto que después que entré en quirófano por mi propio pie ahora me encuentro andando con muletas, con incontinencia de orina, falta de sensibilidad de cintura hacia abajo, imposibilidad de tener relaciones sexuales, dependiendo de mi mujer para ducharme, aparte de la medicación que tengo que estar tomando para soportar los dolores que estoy padeciendo.

A resultas de la asistencia recibida me han producido los siguientes daños: LUMBALGIA CON PLEXOPATÍA LUMBAR POSTGANGLIONAR; MENISCOPATÍA DE RODILLA DERECHA, siendo las secuelas que se derivan de los mismos las siguientes: PARAPARESIA AMBOS MIEMBROS INFERIORES, COJERA, ALTERACIÓN DE LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN, DISFUNCIÓN SEXUAL.

(...)

La asistencia recibida, procedente del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de Canarias, ha sido contraria a *lex artis*, y ello por los siguientes motivos:

De una lesión de menisco entrando por mi propio pie al quirófano, he pasado a sufrir todas las secuelas descritas en el Hecho segundo.

No sólo no ha habido mejoría sino todo lo contrario (...).

Por todo ello, el interesado cuantifica la indemnización que solicita en la cantidad de 359.248,34 euros.

Aporta con su reclamación diversa documentación médica así como resolución del Ministerio de Empleo y Seguridad Social declarando la incapacidad permanente.

4. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, al alegar daños personales como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación fue presentada con fecha 11 de agosto de 2017, antes del transcurso del plazo de un año desde la producción del daño que se alega, por lo que no es extemporánea (art. 67 LPACAP).

6. A la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a 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 SCS.

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.

II

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento se observan las siguientes actuaciones administrativas:

Consta en el expediente que con fecha 29 de agosto de 2017, se requirió al interesado la subsanación y mejora de su solicitud. Cumplimentado este trámite, la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 27 de septiembre de 2017, en la que asimismo se ordena el inicio del procedimiento y se resuelve comunicar al interesado que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 26 de abril de 2018, se emite informe por el mencionado SIP al que se acompaña copia de la historia clínica del reclamante obrante en el Hospital General de Fuerteventura, en la Gerencia de Atención Primaria así como los informes de los facultativos que asistieron al paciente a los se les imputa la presunta causación del daño indemnizable.

Consta asimismo que mediante Acuerdo probatorio de 7 de junio de 2018 se admitieron las pruebas documentales propuestas por el reclamante, con excepción

del informe a emitir por el perito propuesto por el reclamante al no haberlo aportado al expediente habiendo transcurrido el plazo probatorio y sin solicitar prórroga del mismo, tampoco se practicó la testifical propuesta por el reclamante al no constar su identificación en el escrito de alegaciones, correspondiéndole al interesado el ejercicio de la carga probatoria y por *ende* la debida identificación de los mismos, lo que no ha hecho.

El 7 de junio de 2018 se concede trámite de audiencia al interesado, que presenta documentación médica y el certificado de discapacidad a los efectos oportunos.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución de fecha 23 de octubre de 2018, desestimatoria de la reclamación formulada, previamente informada por la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

2. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 91 LPACAP. La demora producida no impide sin embargo su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21 LPACAP.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, el reclamante sostiene que se ha producido una deficiente asistencia por parte del Servicio Canario de la Salud en la intervención practicada el 31 de agosto de 2016, concretamente, debido a la anestesia que se le aplicó incorrectamente para la operación, por lo que presenta secuelas consistentes en parestesia de ambos miembros inferiores, cojera, alteración de la micción y defecación y disfunción sexual.

La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al sostener que de los documentos obrantes en el expediente no se puede imputar a la Administración una actuación contraria a la *lex artis*. Entiende por consiguiente que no concurren los requisitos necesarios para que proceda la declaración de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

2. Por lo que se refiere a la actuación de la Administración sanitaria en este asunto, son relevantes los siguientes hechos que constan en el expediente clínico del paciente:

- El paciente contaba con antecedentes de obesidad (inicio 2001), fumador (inicio 2002), Hiperlipidemia (inicio 2001), Diabetes mellitus tipo 2 (2012), Hipertensión arterial (2010), Lumbalgia episódica en fechas 2008/2011/2012/ 27 de febrero 2014 (en consulta de Medicina Interna (refiere dolor en miembro inferior izquierdo).

- El 29/07/2016 consulta a su médico de familia por lumbalgia intensa en zona lumbar y limitación importante de movilidad, desde hace 48 horas. Consta meralgia parestésica versus polineuropatía proximal de inicio (3/2/14) «refiere dolor en ambos muslos que define como quemazón (ocasional), con molestias lumbares». Gonalgia izquierda (08/2009). Gonalgia derecha 10/2015 (refiere que a veces se queda como sin fuerza y con pérdida de estabilidad).

- Tras gonalgia (dolor) prolongada en rodilla derecha, le es realizada Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de dicha articulación, previa valoración por Traumatología. En RMN (04/02/16) se observó incipiente gonartrosis, rotura del cuerno posterior del menisco interno, condromalacia rotuliana grado III, leve derrame articular, y quiste de Baker. Valorado por el Traumatólogo se acuerda intervención quirúrgica mediante artroscopia de rodilla derecha, y se incluye en la lista de espera quirúrgica (09/03/2016).

- En fecha 13/07/2016 se realiza la consulta de preanestesia, donde consta riesgo anestésico ASA II, por padecer enfermedades sistémicas crónicas controladas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, entre otros antecedentes: tabaquismo, obesidad). Luego de la valoración del paciente, y dada las peculiaridades del procedimiento quirúrgico, el anestesiólogo aconsejó la utilización de anestesia locoregional (intradural), con sedación. En el documento se detallan los riesgos o complicaciones que podrían presentarse, de forma imprevisible, tales como alergias, sangrados intra o postoperatorios, pudiendo originarse lesiones agudas, complicaciones anestésicas graves, secuelas crónicas e incluso la muerte de un adulto sano (ASA II: 1:10.000), riesgo mínimo de hematomas neuroaxiales, además de alteraciones motoras y de la sensibilidad, dado que se realizan bloqueos en la proximidad de un nervio, si bien es cierto que, dichas alteraciones se recuperan al desaparecer el bloqueo, existe la posibilidad, aunque muy rara de lesión nerviosa

permanente. Consentimiento que en dicha fecha quedó firmado, por lo que el paciente conoce, entiende y asume que pueden presentarse complicaciones tanto durante como posteriormente al procedimiento anestésico. Además, con anterioridad a la cirugía el paciente firma el documento de consentimiento informado para artroscopia de rodilla y/o reparación/regularización meniscal, en donde consta el procedimiento quirúrgico a realizar y los riesgos o complicaciones que podrían presentarse, dentro de los cuales se detalla, entre otros, la lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que puede llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles, y la parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables, y que son muy poco frecuentes.

- Es intervenido quirúrgicamente de forma programada el día 31/08/2016. En hoja de anestesia e informe de Anestesiología y Reanimación consta que se utilizó anestesia loco-regional realizándose anestesia espinal en el espacio L3-L4 por vía medial, punción única y atraumática, con aguja 25; transcurriendo la misma, sin incidencias. Medicación empleada: bupivacaína: 0,4; 2,5 ml y fentolamina 18 mcg. Durante la cirugía el paciente está en posición decúbito supino (postura habitual y no forzada). Se realizan incisiones anteromedial y anterolateral; se objetiva condromalacia grado III y lesión del cuerno posterior del menisco interno. Localizado el menisco medial se realiza remodelación del mismo de la lesión radial en zona B., del cuerno posterior, el cual se ve con arrancamiento, se observa lesión condral en la zona de carga del cóndilo femoral interno grado III de Outerbridge. El ligamento cruzado anterior está bien. Presencia de abundante tejido sinovial no patológico. No drenajes, se cierra piel con grapas. Es una cirugía limpia. Se realiza profilaxis antibiótica con cefazolina. La isquemia se realiza con 350 mmhg por 30 minutos. No se reportan incidencias intra ni perioperatorias de tipo quirúrgico ni anestésico.

- En fecha 01/09/2016, un día después de la cirugía, dada la buena evolución del paciente, estando la herida quirúrgica sin evidencia de sangrado activo, y el dolor controlado con analgesia, se da el alta al paciente con las recomendaciones de acudir a cura de la herida a consulta externa de Traumatología el día 05/09/2016 a las 09:30 horas, se le recomienda apoyar el miembro operado, se le indica analgesia, protector gástrico y anticoagulante subcutáneo (clexane 40 mg/día) durante dos semanas.

- En fecha 27/09/2016 tiene cita de control con Traumatología. En dicha consulta

se detalla: paciente operado de meniscopatía hace un mes; presenta atrofia muscular importante por lo que se solicita valoración y tratamiento por Rehabilitación.

- En fecha 29/09/2016 es valorado por Rehabilitación, en la historia clínica se detalla: paciente diagnosticado de meniscopatía y condromalacia rotuliana grado III. Tratado mediante artroscopia de dicha rodilla el 31/08/2016. Tiene antecedentes de Hipertensión arterial, Dislipemia, Diabetes Mellitus no insulino dependiente, obeso. Al examen físico se muestra poco colaborador y muy nervioso. Se le indica comenzar tratamiento con movilizaciones activas-asistidas y activas de flexo-extensión de la rodilla. Ejercicios de potenciación del vasto interno del cuádriceps. Bicicleta estática (sillín alto). Frío local tras cada sesión.

- Consta en historia clínica que comienza las sesiones de rehabilitación en fecha 18/10/2016, habiendo realizado 6 sesiones en octubre, 8 sesiones en noviembre y una en diciembre.

- En fecha 27/10/2016 consta en su historia clínica de Atención Primaria: paciente que ha comenzado la rehabilitación de la rodilla, refiere que desde la artroscopia de la rodilla derecha, realizada con anestesia epidural el 31/08/2016, siente dolor lumbar y parestesias en ambos miembros inferiores, no síntomas en región genital. Se solicita Rx de columna lumbosacra a realizar de forma programada el 31/10/2016.

- En fecha 03/11/2016 su Médico de familia detalla: Rx columna lumbar con signos de artrosis avanzada y discopatía a casi todos los niveles. Será valorado próximamente por Traumatología.

- En fecha 10/11/2016 en consulta sucesiva de Traumatología, se detalla: revisión tras artroscopia. Buena movilidad, no dolor. Está aún en rehabilitación. Posible alta en próxima revisión. El paciente comenta que presenta hipoestésias y parestesias en ambos miembros inferiores después de la cirugía (se le hizo anestesia raquídea), varios episodios de retención urinaria y disfunción eréctil. El paciente está muy ansioso. Se solicita RMN preferente para descartar patología a nivel lumbar o simulación.

- En fecha 20/12/2016 consta en evolutivo de Rehabilitación: balance articular de rodilla derecha: extensión completa. Flexión: 120°. Balance muscular de

cuadriceps: 4+. Se le indica continuar con ejercicios de potenciación isométrica y excéntrica de cuadriceps.

- En fecha 14/02/2017 le fue realizada la RMN lumbar en la Clínica (...) (necesitaba un equipo especial, abierto, no disponible en Fuerteventura, por padecer de claustrofobia). Como resultado de la RMN lumbar se objetiva: discos intervertebrales quedan englobados en la grasa epidural anterior sin compromisos radiculares. Artrosis interfacetaria con hipertrofia de ligamentos amarillos en los tres últimos niveles, de predominio derecho, a nivel L5-S1 y bilateral a nivel L4-L5. Edema en el tejido celular subcutáneo posterior a la apófisis espinosa desde L2 a S1.

- En fecha 24/03/2017 en historia clínica de Traumatología se detalla: paciente con dolores en las piernas, los brazos, pérdida de la sensibilidad de las manos y las piernas, refiere que fue desde la anestesia raquídea, se pide interconsulta con Neurocirugía y seguimiento por Rehabilitación.

- En fecha 08/04/2017 le es realizado estudio neurofisiológico de Electroneuromiograma a solicitud del Rehabilitador. En dicho estudio se exploran los nervios: tibial posterior bilateral, peroneal derecho, sural bilateral, peroneo superficial derecho, mediano derecho, latencias de ondas F bilateral. Músculos vasto lateral derecho, tibial anterior y gastrocnemio lateral bilateral. En sus conclusiones se describe: el estudio neurofisiológico de Electroneuromiograma de los nervios y músculos explorados muestran datos compatibles con una Plexopatía lumbar postganglionar bilateral.

- A solicitud de Neurocirugía debido a dolor lumbar y RMN sin contraste con resultado de hipertrofia facetaria, sin compromiso radicular. Molestias referidas a ambos miembros superiores e incluso cara, con mareos y vértigos, le fue realizada el 22/05/2017 Resonancia Magnética craneal y cervical con contraste intravenoso. En el primero se observa sistema ventricular con morfología e intensidad de la señal normal, sin desviación de la línea media. Buena distribución entre la sustancia blanca y gris, observando a nivel subcortical de ambos hemisferios cerebrales a nivel frontal y parietal áreas de gliosis inespecífica. En la Resonancia Magnética cervical se observó rectificación de la lordosis fisiológica cervical con discopatía degenerativa C5-C6 sin evidencia de compromiso radicular ni medular. Eje medular de morfología e intensidad de señal normal sin alteraciones en la intensidad de señal, que indiquen patología. No existen realces patológicos tras la administración del medio de contraste.

- En fecha 05/07/2017 es valorado por Rehabilitación general, remitido desde Neurocirugía con el diagnóstico de Plexopatía lumbar postganglionar bilateral. Profesión del paciente: hostelería. Refiere dolor continuo en las piernas sobre todo en la planta del pie. También refiere dolor y adormecimiento de manos. En tratamiento con Lyrica. Examen físico: colaborador, miembros superiores (MMSS), sin afectación. Leve caída a la izquierda cuando está sentado. Balance muscular: 3/5 proximal en miembros inferiores (MMII) y 4/5 a nivel distal. Marcha con dos muletas con caída de ambos pies a la marcha. Se le indica realizar 20 sesiones de rehabilitación de forma preferente con potenciación de MMII, ejercicios de control del tronco, ejercicios de equilibrio y de marcha.

- En fecha 06/07/2017, es valorado por Neurología, remitido desde Neurocirugía. En la historia clínica se detalla: paciente ya valorado por Neurocirugía con presencia de plexopatía lumbar postganglionar bilateral en el estudio neurofisiológico, con RMN lumbar con hipertrofia facetaria sin compresión radicular, y RMN cerebral y cervical sin hallazgos. En la anamnesis el paciente refiere que tras despertar de la anestesia epidural hace un año, nota paresia de extremidades inferiores con hipoalgesia hasta la cintura, y posteriormente a los 3-4 meses nota incontinencia ocasional de esfínteres. Antecedentes de Dislipemia y Diabetes Mellitus tipo 2 controlable con la dieta, en tratamiento con Lyrica. Exploración física: fuerza, sensibilidad y ROT normales en miembros superiores. Fuerza conservada en las cuatro extremidades. Hipoalgesia en miembros inferiores hasta cintura, pero en mayor grado en pies de predominio en nivel L5 bilateral. ROT abolidos en miembros inferiores. Reflejo cutáneo plantar izquierdo con tendencia flexora, indiferente del lado derecho. Bajo la sospecha diagnóstica de plexopatía lumbar bilateral se le explica al paciente que tiene una neuropatía de difícil manejo. Se le indica seguimiento por Neurología, se le solicita estudio de RMN de plexos lumbares bilateral y seguimiento por Rehabilitación.

- En fecha 07/07/2017 le es realizada la RMN lumbar con contraste mediante cortes axiales y sagitales, en secuencias potenciadas en T1 sin y con gadolinio intravenoso, Stir y T2. Se completa con secuencia específica mielográfica.

- En fecha 21/07/2017 fue aprobado por el INSS, la pensión de Incapacidad Permanente, en el grado de absoluta para todo trabajo, determinado el cuadro clínico residual: Lumbalgia con plexopatía postganglionar (informe de EMG MMII transcrito en abril/17). Meniscopatía de rodilla derecha (intervenido 31/08/2016); y

las limitaciones orgánicas y funcionales siguientes: paraparesia ambos MMII en estudio, alteraciones de la micción/defecación/disfunción sexual referidas con informe de EMG según Drago de abril/17: plexopatía postganglionar lumbar. A expensas de RM cervical solicitada desde NCR del SCS para filiar. Artroscopia de rodilla derecha (08/16). Dicha calificación podrá ser revisada por agravación o mejoría a partir del 23/07/2018.

- En fecha 04/08/2017 en consulta de Neurología, se apunta: Sigue igual, muy desanimado, No empeoramiento desde última revisión. Se comenta sobre posibles etiologías; el paciente comenta que el neurocirujano le había dicho verbalmente la posible relación con el anestésico epidural, pero en esta consulta se le explica que la Diabetes Mellitus o incluso una causa idiopática de inicio en ese momento, son más probables, que la causa traumática, dada la clínica bilateral que ha presentado sería muy raro como posibilidad. Exploración física: sin cambios. RMN lumbar con contraste con resultado de leve discartrosis difusa. Hemangiomas vertebrales en L1, L2 y L3. Leve osteoartrosis en L5-S1. Sin otros hallazgos de interés patológico. RM dorsal: leve discartrosis difusa y de predominio en D10-11. Hemangioma vertebral en D7. Sin otros hallazgos de interés. Plan: se solicita analítica de posibles causas etiológicas secundarias. Valorar en breve nuevo Electromiograma debido a que acaba de comenzar Rehabilitación.

- En fecha 04/08/2017 en visita de control de enfermería de actividades preventivas, se detalla: paciente fumador, con hiperlipidemia mixta y obesidad grado II, diabético (glucemia aleatoria 111mg/dl). Presenta riesgo cardiovascular con nivel alto. Hipertensión arterial (TA: 120/80). Continúa en rehabilitación. Seguimiento por Neurología.

- En fecha 18/08/2017 se recoge en su historia clínica de Neurología: con la rehabilitación se encuentra algo mejor de la fuerza, aunque igual de los dolores. Exploración física: fuerza: debilidad del psoas y L5 bilateral: 4/5. Refiere hipoalgesia en miembros inferiores hasta la cintura pero en mayor grado en pies, de predominio en L5 bilateral y en miembros superiores (manos hasta muñecas). ROT abolidos en miembros inferiores. Incontinencia de esfínteres ocasional. Reflejo cutáneo plantar izquierdo con tendencia flexora, indiferente del lado derecho. Estudio analítico de causas secundarias: presencia de leucocitosis (15,87/mm³) con desviación a la izquierda neutrófilos (11,99/mm³) y monocitos (1,43/mm³). Proteína C reactiva: 1,45 mg/dl. Ácido fólico bajo: 2,9 ng/ml. Vitamina B12 en suero bajo: 148 pg/ml. Plan: se solicita nuevo Electromiograma (EMG) y se remite a consulta de patología

Neuromuscular del Hospital Insular de Gran Canaria. Se pauta ácido fólico y vitamina B12.

- En fecha 18/12/2017 es valorado en consulta de Neurología (patología neuromuscular) del Hospital Insular, en su historia clínica consta: paciente remitido por plexopatía lumbar bilateral. Sin antecedentes de enfermedades neuromusculares en la familia. Es fumador de 1/2 paquete al día de forma recidivante (lo deja y lo toma). Bebedor muy esporádico de un vaso de ron. Tiene antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 de cinco años de evolución, dislipemia. No otras enfermedades médicas conocidas de interés. Intervenciones quirúrgicas practicadas: menisco derecho, catarata derecha (es posterior a la cirugía de menisco). En tratamiento con antidiabéticos orales (Metformina-sitagliptina), antihipertensivo (enalapril), hipolipemiente (atorvastatina), betmiga por vejiga hiperactiva, analgesia con tramadol-paracetamol y Lyrica. Colirios: Lumigan y Vigamox. Anteriormente trabajaba de metre en hostelería. En dicha consulta el paciente refiere haberse operado el 31/08/2016 del menisco mediante anestesia epidural. Al parecer estuvo de reposo durante un mes, y tenía dolor lumbar irradiado hacia las dos piernas. Esta sintomatología se acentuó y progresivamente fue empeorando conforme realizaba rehabilitación. También comenta que inicialmente no presentaba déficit para movilizar los pies, que posteriormente, si presentó. Aproximadamente al mes y medio presenta incontinencia de esfínteres. Comenta asociar también progresivamente adormecimiento hasta la cintura. Comenta, además, que presenta trastornos sensitivos en ambas manos (como que no nota bien los objetos que coge), y presenta sensación de parestesias en ambas manos.

- A la exploración presenta buen estado general, normocoloreado e hidratado, eupneico. Exploración neurológica: Funciones superiores conservadas. Lenguaje normal. Pares craneales normales. Fuerza muscular: miembros superiores (MMSS): 5/5. Tono y trofismo normales. Miembros inferiores (MMII): proximal: 4+/5, flexo-extensión de rodillas: 4-4+/5, isquiotibiales: 4-4+/5, tibial anterior 4+/5, tibial posterior y flexión de pies: 3+/-/5; tono y trofismo normales. Sensibilidad: hipoestesia tactoalgésica con patrón calcetina, vibratoria disminuida con gradiente distal mayor que proximal, artrocinética alterada en miembros inferiores. Reflejos profundos de estiramiento muscular (REM): MMSS únicamente bíceps y tríceps a 1-2/5, estiloradial abolidos; patelares y aquíleos abolidos; reflejo cutáneo plantar: indiferente bilateral. No presenta signos cerebelosos (dedo-nariz y talón rodillas conservados), extrapiramidales ni meníngicos. Bipedestación con aumento de la base de

sustentación; romberg positivo. Marcha con dificultades con componente antiálgico a nivel lumbar, posible ponerse de talones con leve ayuda e imposible de puntillas. Pruebas complementarias: Electromiografía realizado en Fuerteventura e informado con plexopatía lumbar postganglionar bilateral. Analítica con leve disminución de ácido fólico y vitamina B12, resto de analítica sin interés. RMN sin alteraciones de interés según informe.

- Se emite juicio diagnóstico de Polineuropatía sensitivo motora axonal crónica de predominio en miembros inferiores.

- Por historia del paciente es posible una plexopatía lumbar bilateral, aunque es poco frecuente y, la etiología podría ser multifactorial (cirugía asociado a paciente diabético).

- Luego de emitir juicio diagnóstico se planificó seguimiento con electromiograma de control y valorar posteriormente punción lumbar, lo que indica que el paciente continúa siendo estudiado y controlado por Neurología.

3. Para una mejor comprensión del caso planteado el SIP explica que el término gliosis es utilizado ampliamente para describir ciertos cambios que ocurren en las células «Gliales» o «Glia», que son las células de soporte de las neuronas en el sistema nervioso central. Corresponde a un proceso degenerativo, muchas veces visibles como cambios producto de la edad o de algunas enfermedades como la hipertensión arterial, trastornos degenerativos y otros. Si bien existen condiciones patológicas en las cuales la Gliosis es o representa una enfermedad, en la mayoría de las ocasiones la descripción radiológica de «Gliosis inespecífica», típicos hallazgos en resonancias magnéticas de cerebro, no indica necesariamente un proceso patológico y puede ser considerada un hallazgo inespecífico.

4. De los antecedentes expuestos resulta que, aparte del complejo cuadro médico que el afectado tiene, el paciente presenta dolores en el MMII mucho antes de la intervención quirúrgica a la que fue sometido voluntariamente el 31 de agosto de 2016, compatible con lumbago y no con neuropatía diabética en febrero de 2014, estando sin fuerza y con pérdida de la estabilidad desde octubre de 2015 así como dolor intenso en zona lumbar que limita la movilidad.

Después la intervención, cierto es que consta gonalgia y continúa con dolores lumbares coincidentes al parecer con la epidural administrada en la intervención (folios del expediente 91 - 11 y 121). Confirmándose el diagnóstico por imagen de

plexopatía lumbar postganglionar realizado el 14 de febrero de 2017 (folio del expediente nº. 148).

En caso de que los dolores padecidos por el paciente hayan tenido finalmente relación con la anestesia administrada necesariamente para la práctica de la intervención quirúrgica, ciertamente, existió consentimiento informado y la definición del consentimiento informado, en el art. 3 de la mentada Ley 41/2002, comprende la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

El consentimiento informado de anestesia que efectivamente figura en la página 237 y ss. del expediente fue correcto, pues no solo consta por escrito al tratarse de una intervención quirúrgica, *ex art. 8.2* de dicha Ley, sino que la información que se proporcionó al paciente, consistió en los riesgos y complicaciones de la anestesia loco-regional así como en los riesgos personalizados, fines, naturaleza y consecuencias de la misma (art. 4.1 de la misma Ley).

Al haberse prestado dicha conformidad, informándose previamente de los «riesgos», entre ellos, de producirse una lesión nerviosa permanente como consecuencia de la anestesia epidural, aunque este no fuera un riesgo típico, estuvo informado y consentido por el paciente, no pudiendo alegar ahora por ello un deficiente funcionamiento de la administración sanitaria.

Ha de recordarse a estos efectos la doctrina de este Consejo Consultivo que ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio): 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.

Y el criterio básico a tal fin, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, no es otro que 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).

5. De las alegaciones vertidas por el reclamante en su escrito se observa que a pesar de que el paciente acudiera en varias ocasiones a consulta del médico de familia -el 9 y 23 de septiembre y los días 6 y 13 de octubre-, así como a la visita de control de Traumatología -los días 5 y 27 de septiembre de 2016-, y a valoración por el Rehabilitador -el día 29 de septiembre de 2016-, en ninguna de dichas consultas se recogen los síntomas ahora referidos por el paciente en su escrito, sino que por el contrario el interesado en su reclamación indica que: «A mitad de dicha rehabilitación empecé a sentir los primeros síntomas, tales como mucho dolor, falta de fuerza de cintura hacia abajo, incontinencia a la hora de orinar, dolores en la barriga y extremidades (...) También perdí sensibilidad en las piernas de tal manera que ya no podía conducir».

Las citadas observaciones son importantes desde el punto de vista cronológico para poder establecer o descartar una asociación entre la cirugía realizada el 31 de agosto de 2016 y los síntomas descritos por el paciente en fecha 27 de octubre de 2016, casi dos meses después de la cirugía.

Y también es relevante al respecto el informe médico emitido por los especialistas en anestesia y reanimación, que consideran que no ha habido infracción de la «*lex artis*», lo que significaría que no estaríamos ante una lesión antijurídica. Concretamente transcribimos el informe de los facultativos de anestesia cuando señala en el último párrafo que «Dada la aparición de la sintomatología de manera tan tardía se descarta su relación con la punción espinal referida, apoyado por las pruebas complementarias realizadas, donde se evidencia una neuropatía

posganglionar bilateral, relacionadas con componente degenerativo como el que puede ocurrir en la diabetes mellitus evolucionada y en pacientes con sobrepeso».

Lo anterior lo avala la propia sintomatología manifestada por el reclamante, pues la anestesia epidural le fue administrada en el nivel L3 L4 del raquis, lo que cierto es que podría provocar alteraciones de la sensibilidad o motoras localizadas en los miembros inferiores (siguiendo la distribución del segmento espinal o nervio afecto), pero no las alteraciones sensitivas en los miembros superiores (parestias, trastornos sensitivos en las manos -no nota bien los objetos que coge- o en la cara) que el reclamante alega, hechos que permiten descartar que la patología del paciente esté ocasionada, a falta de prueba alguna que lo relacione, con la anestesia espinal recibida.

Asimismo, en fin, por el Servicio de Neurología del Hospital Insular ya en consulta de 4 de agosto de 2017, se explica al reclamante que la diabetes mellitus o una causa idiopática (desconocida) son la causa más probable de la sintomatología presentada, y no el anestésico epidural, debido a la clínica bilateral presentada.

6. De acuerdo con la Propuesta de Resolución, el criterio de la *lex artis* no ha sido vulnerado, determinándose la normalidad de los actos médicos y habiendo actuado los profesionales del SCS de conformidad con el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que no ha resultado acreditado el nexo causal requerido no apreciándose por ello responsabilidad del SCS.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de indemnización formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.