



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 1 5 / 2 0 1 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 4 de abril 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 (...), en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 76/2019 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR), formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarla el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento es la Dirección del 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

* Ponente: Sra. de León Marrero.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma.

También son aplicables la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994 de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y 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.

II

1. El representante del afectado manifiesta que su mandante, en agosto de 2016, comenzó a padecer dolores lumbares, por lo que acudió al Centro de Salud de Los Llanos de Aridane, siendo diagnosticado de lumbalgia y continuó con los mismos síntomas en los meses posteriores. En noviembre de 2016, en dicho Centro de Salud se le informó que existían sospechas de que podía sufrir una hernia discal en L5-S1, motivo por el que lo derivaron al especialista correspondiente del Hospital General de La Palma (HGP), con cita para el día 5 de diciembre.

2. Posteriormente, el día 19 de enero de 2017, acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del HGP, con dolor lumbar, que se irradiaba hacia ambos muslos y rodillas y que le impedían caminar y deambular, siendo dado de alta con diagnóstico de lumbalgia.

Sin embargo, el afectado, a la vista de que los facultativos que le trataron no decidieron realizarle una resonancia magnética, prueba diagnóstica necesaria ante los síntomas que presentaba, acudió de forma privada al servicio del (...) el día 21 de enero de 2017, donde se le detecta una «gran hernia L4-L5 extruida hacia atrás y distal y hernia L5-S1, que origina el llamado “síndrome de Cauda equina agudo” o “cola de caballo”», después de efectuarle dicha prueba.

3. Desde el referido centro privado fue remitido de forma urgente al HGP, ingresando el día 22 de enero de 2017, presentando en ese momento dolor lumbar intenso, hipoestesia de miembros inferiores y retención urinaria, por lo que de allí le derivan al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) en la Isla de Tenerife, donde fue intervenido de urgencia ese mismo día.

Además, tras esta intervención quirúrgica, fue remitido a la Unidad de Lesionados Medulares del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI), donde se le sometió a un programa de rehabilitación intensivo, encaminado

a conseguir la máxima funcionalidad para su lesión neurológica, y reeducación de esfínteres, ya que presentaba intestino y vejiga neurógenos y disfunción eréctil, necesitando, además, de tratamiento de la Unidad de Salud Mental.

4. En el escrito de reclamación presentado por el representante del interesado, se alega acerca de los motivos por los que se reclama y de la cuantía y conceptos de la indemnización solicitada, lo siguiente:

«Que según informe pericial que se acompaña como documento nº 17, elaborado por el Dr. (...), el denominado “síndrome de cola de caballo” es una emergencia médico quirúrgica, que como toda emergencia de esta naturaleza precisa de intervención en 24 horas una vez establecido el diagnóstico, transcurridas las cuales es muy difícil la reversión del cuadro clínico y la evitación de las secuelas consecuentes. Por ello, a partir del día 9 de enero de 2.017 los hallazgos clínicos que presentaba el paciente, ofrecían a los facultativos del Servicio Canario de Salud que le asistieron en el Hospital General de La Palma, información suficiente respecto a la existencia de un cuadro de lesión discal, cuya complicación máxima, como es conocido en la comunidad médica, es el referido “síndrome de Cola de Caballo”.

Que aun así, los servicios sanitarios públicos no procedieron a actuar conforme a la lex artis, mediante la práctica de una Resonancia Magnética o TAC, que hubiera puesto al descubierto el verdadero alcance de la lesión y tratamiento quirúrgico urgente necesario, y solo gracias a que el afectado a la vista del empeoramiento, acude a un centro médico privado y realizan una prueba de Resonancia Magnética [Centro (...)] el día 21 de enero de 2.017, es cuando se pone en marcha el sistema sanitario público, procediéndose a tomar las medidas precisas, pero de forma tardía, lo cual ha dado lugar a la agravación de las lesiones y como consecuencia las graves secuelas que presenta el afectado, que originan su incapacidad física, psíquica y laboral, entendiéndose esta parte, que el resultado final, se debe a una deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud, que le ha causado un evidente daño moral no solo a él, como principal afectado, sino a su familia, por lo que pretende reclamar, y que aplicando a título orientativo el baremo previsto para la indemnización de víctimas en accidentes de tráfico previsto en el RDLeg.8/2004 de 29 de Octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, conforme a la nueva redacción efectuada por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que aun no siendo preceptivo en esta materia, así se ha venido utilizando por los Tribunales de la jurisdicción contencioso administrativa, máxime a raíz de su Disposición Adicional Tercera, que establece: “El sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria”.

Así tenemos, en concepto Lesiones temporales 36.023,18 euros: (24 días de Perjuicio Básico hospitalización; 317 días de Perjuicio moderado, lleva más de un año de baja y prorrogada actualmente).

Secuelas 687.121,98 euros: (intervención quirúrgica urgente; Lucro cesante; 85 Puntos de secuela psicofísicos, síndrome de cola de caballo, trastorno permanente del humor, depresión, disfunción eréctil, retención de orina, más 7 puntos de perjuicio estético; Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico; Pérdida de calidad de vida grave; Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares y Perjuicio excepcional por imposibilidad de continuar de ejercer su actividad deportiva; Perjuicio particular (actividades limitadas como sentarse, levantarse, controlar los esfínteres, desplazarse, realizar tareas domésticas y actividades análogas, y actividades específicas afectadas como son vida de relación, actividad sexual, ocio y actividades muy afectadas como la práctica de deportes y desarrollo laboral/profesional); Daño emergente y Lucro cesante, lo que hace un total de 723.145,16 euros».

5. A la hora de determinar correctamente los antecedentes de hecho de este caso, es preciso tener en cuenta el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), en el que se afirma acerca de la evolución del paciente con carácter previo al hecho lesivo que:

«De los datos recogidos en la historia clínica se desprende, que el paciente tenía antecedentes de alteraciones de espalda, recogándose datos de escoliosis y disimetría de miembros inferiores, por la cual tenía recomendado el uso de plantillas; también se le había diagnosticado de alteraciones a nivel lumbar (hernia discal, discopatía), sin mielopatía, es decir sin afectación de la médula espinal. Asimismo, debido a estas patologías crónicas y degenerativas lumbares, con reagudizaciones manifestadas como dolor lumbar, tenía seguimiento por su Médico de Familia y había sido valorado por el Traumatólogo, encontrándose a la espera de realización de estudio de imagen de control, o sea, de una RNM.

5.- Vemos, que su evolución había sido la típica de este tipo de alteraciones degenerativas y crónicas, presentándose episodios de dolor lumbar esporádicos; en ocasiones, relacionados con esfuerzos, cediendo con el tratamiento habitual».

III

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 9 de febrero de 2018.

El día 15 de febrero de 2018, se dictó la Resolución núm. 468/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se inadmitió a trámite la reclamación formulada al considerarla presentada fuera de plazo.

Posteriormente, el día 13 de junio de 2018 se dictó la Resolución núm. 1706/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada en cumplimiento de la Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 1 de Santa Cruz de Tenerife (sentencia firme al no ser recurrida por el SCS).

2. En lo que se refiere a su tramitación, el procedimiento cuenta con el informe del SIP y los informes del Servicio de Urgencias del HGP y del Servicio de Neurocirugía del CHUC, periodo probatorio, admitiéndose las pruebas documentales propuestas y trámite de vista y audiencia, sin que conste la presentación de escrito de alegaciones.

3. El día 25 de enero de 2019 se emitió Propuesta de Resolución, vencido el plazo resolutorio, sin justificación para ello; no obstante, como se ha dicho, esta demora no impide resolver expresamente [arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP].

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LRJSP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La Administración considera que está demostrado que el paciente no presentó los síntomas propios del síndrome de cola de caballo hasta que acudió el día 22 de enero de 2017 al Servicio de Urgencias del HGP y que cuando los presentó se le intervino con carácter urgente, actuándose en todo momento conforme a *lex artis*, añadiendo que desde el punto de vista médico la aparición del síndrome de caballo es imprevisible y, por ello, también lo es que la hernia discal progresara generando dicha patología.

2. En cuanto al fondo del asunto, es preciso tener en cuenta, primeramente lo manifestado en el informe del Servicio de Neurocirugía del CHUC, en el que se afirma que:

«El desarrollo de un síndrome de cola de caballo en el transcurso clínico de una hernia discal lumbar es excepcional y se produce en un porcentaje de casos muy bajo. La aparición

de dicha sintomatología es imprevisible. Una vez aparezcan los citados síntomas la cirugía debe hacerse con carácter urgente en el plazo de tiempo más corto posible.

En el caso que nos ocupa, desde que tuvimos información de los síntomas del paciente se ordenó el traslado y se hizo la intervención con carácter urgente, lo que hace que en ningún momento no se actuara según la "Lex Artis".

Es evidente que si el paciente se hubiese operado antes del desarrollo del síndrome de cola de caballo este podría haberse evitado, pero, como ya se comentó anteriormente, la aparición de dicho síndrome es imprevisible y de muy baja frecuencia».

En el informe pericial aportado por el interesado se coincide con el SCS y con el SIP cuando se manifiesta acerca del síndrome referido que:

«La persona que lo padece puede sufrir dolor, pérdida de sensibilidad, parálisis parcial o trastornos asociados con los esfínteres.

Signos y síntomas; Dolor en la región perineal o en las extremidades inferiores. Estos dolores, a menudo, pueden estar asociados con una pérdida de sensibilidad en los genitales y el ano, en la piel del perineo y en los muslos. También se pueden manifestar trastornos motores como incapacidad para caminar de puntillas y con los talones, incapacidad para flexionar el muslo sobre la pelvis o, en casos raros, paraplejía. Algunos pacientes también pueden sufrir impotencia, estreñimiento, incontinencia o la incapacidad para orinar.

El diagnóstico de síndrome de cola de caballo puede ser confirmado clínica y radiológicamente mediante un TAC o por resonancia magnética (IRM). Esta patología puede afectar a hombres y mujeres, independientemente de su edad».

3. Pues bien, teniendo en cuenta lo expuesto en dichos informes acerca de los síntomas y modo de aparición del síndrome de cola de caballo, es preciso para determinar si, en este caso, se ha actuado conforme a *lex artis* o no lo manifestado en el informe del SIP acerca de lo acontecido los días 19 y 22 de enero de 2017, señalándose que:

«(...) 5.- En el contexto de alteraciones degenerativas lumbares y en ocasiones, de esfuerzos físicos, el paciente había padecido episodios de lumbalgia que habitualmente remitían con tratamiento conservador, no presentando según los síntomas manifestados, las exploraciones físicas y estudios de imagen realizados ninguna evidencia de síntomas de alarma o clínica de patología que requiriese realizar estudios o intervención de urgencia.

6.- Es después de un período de más de un mes en el que no consulta por síntomas de dolor lumbar, en el que incluso se realiza una cirugía de vasectomía, en el que a partir del día 19/01/17, comienza con un nuevo episodio agudo de dolor lumbar, cuyas primeras valoraciones en las que no había signos de alarma ni déficit neurológico llevaron al

diagnóstico de lumbalgia que fue tratada con mejoría, motivo por el cual se le dio el alta del Servicio de Urgencias del HGP, con las recomendaciones adecuadas al caso.

7.- Tres días después en fecha 22/01/17, el paciente acude al Servicio de Urgencias del HGP manifestando no sólo que el dolor lumbar y la dificultad para caminar (síntomas iniciados en fecha 19/01/17 en el contexto de lumbalgia aguda sin déficit neurológico a la exploración) habían empeorado, sino también, aparecían síntomas nuevos, y de alarma, no descritos con anterioridad como debilidad e hiposensibilidad en miembros inferiores e hipoestesia en región glútea y perineo (zona genital) con retención urinaria, nuevo cuadro sintomático, con un examen físico que mostraba pérdida de fuerza en tobillos y pies, reflejos osteotendinosos calcáneos abolidos, hipoestesia en regiones: glútea, perineo, zona posterior de muslos, piernas y pies enteros, exploración rectal: no tono ni contracción voluntaria de esfínter anal, reflejo bulbocavernoso negativo; signos que reflejaban ahora, y no antes, la presencia de déficit neurológico y signos considerados de alarma.

8.- Es en este momento al presentarse estos nuevos síntomas y una exploración física afín, cuando se tiene la sospecha de la presencia de compromiso neurológico, provocado por patología que en este caso puede ser el Síndrome de cauda equina, patología que se confirma al objetivar en la RNM aportada, la gran hernia L4-L5 extruída con impronta en el saco tecal y ambas raíces L5; lo que nos permite considerar que la hernia había progresado comprimiendo las raíces de la base de la columna vertebral y estaba provocando la clínica manifestada ahora por el paciente.

9.- Nos referimos a cauda equina o cola de caballo para hablar de la zona que se encuentra por debajo del cono terminal de la médula espinal donde se produce la agrupación de los nervios espinales de manera similar a la cola de un caballo, de ahí su nombre.

10.- El síndrome de cauda equina ocurre cuando las raíces nerviosas se comprimen en el canal medular a nivel de la cola de caballo. Este grupo de nervios determina la sensación y funcionamiento de la vejiga, intestinos, órganos sexuales y piernas, y su lesión es lo que provoca la sintomatología del cuadro.

11.- El desarrollo de un Síndrome de cola de caballo durante el transcurso clínico de una hernia discal lumbar (patología degenerativa y común), es excepcional, y su presentación es imprevisible, siendo su cuadro clínico una vez se presenta, subsidiario de cirugía con carácter urgente en el plazo de tiempo más corto posible, considerándose óptimo dentro de las 24 horas siguientes al diagnóstico. Actuación que se realizó una vez la patología fue diagnosticada, siguiendo los protocolos actuales».

4. Todo ello demuestra que el paciente hasta el día 22 de enero de 2017 no presentó ningún síntoma que hiciera sospechar que su hernia discal hubiera progresado o hubiera podido progresar hacia un síndrome de cola de caballo, el cual

como se manifiesta en los informes médicos se trata no sólo de un patología infrecuente, sino que la misma es de carácter imprevisible. Toda vez que la exploración física recibida el 19 de enero de 2017 en el Servicio de Urgencias, no presentó ninguno de los síntomas que aparecieron tres días después, tal y como demuestran los informes médicos obrantes en el expediente. Lo que implica que no ha resultado acreditado que fuera necesario realizarle una resonancia magnética para determinar la presencia de tal patología antes del día 22 de enero de 2017, primer momento en el que presentó los síntomas referidos por primera vez durante toda la evolución de su enfermedad.

5. Además, de todo ello el interesado no ha logrado demostrar que la intervención quirúrgica se hubiera realizado a destiempo, ni que sus secuelas se deban a tal motivo, máxime, cuando en el informe pericial presentado por él se afirma que incluso si la operación tiene éxito, muchos pacientes pueden padecer secuelas como incontinencia, dificultad para caminar o dificultades sexuales.

6. Este Consejo Consultivo ha señalado en su Dictamen 85/2016, de 17 de marzo, acerca de la «prohibición de regreso» a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que al respecto sigue la Jurisprudencia del Tribunal Supremo:

«Así, por ejemplo en la Sentencia núm. 8/2010 de 29 enero, del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª se afirma que:

“(…) solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)”.

Esta doctrina es aplicable al supuesto sobre el que se dictamina, puesto que no se ha demostrado la existencia de un diagnóstico tardío, ni tampoco que el diagnóstico inicial pudiera considerarse erróneo, especialmente teniendo en cuenta la evolución de la sintomatología del paciente».

Doctrina que resulta ser aplicable al presente asunto por las razones expuestas.

7. En este asunto, no ha quedado probada la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios, que ha sido correcto pues en todo momento han actuado conforme a *lex artis*, y el daño padecido por el interesado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.