



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 3 2 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de marzo de 2021.

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 nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 84/2021 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad mediante oficio de 10 de febrero de 2021, (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 11 de febrero de 2021), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante solicita una indemnización de 1.704.486,46 euros; esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. 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 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).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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

4. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, pues los daños sufridos por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona.

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP. Recibe el alta médica con síndrome de lesión medular el 30 de abril de 2019 y la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone el 9 de julio de 2019.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada [arts. 21.2, 24.3 b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP) que al hacerlo no queda vinculada al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

8. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución remitida, resultan de aplicación, además de la mencionada LPACAP; las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 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.

## II

El reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la

Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación:

- Con fecha 11 de octubre de 2018 es intervenido en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) de artrodesis cervical C4-C5, comunicando a los familiares que todo ha salido bien, y que no puede moverse en las próximas 24 horas

- Sobre las 20 h del mismo día, se sonda al paciente para evitar una retención de orina, pues como antecedente presenta hiperplasia prostática que obligaría a hacer fuerza pudiendo acarrear consecuencias sobre las vértebras cervicales.

Sobre las 22 h se traslada a la 2ª planta, indicando el médico de nuevo la importancia de que no se moviera en las primeras 24 horas tras la intervención

- Al día siguiente, las hijas del paciente acuden al hospital y observan que su padre moviliza las piernas con normalidad, pero que ya no está sondado. En dos ocasiones solicitan al personal de enfermería que lo sonden para evitar complicaciones en las vértebras cervicales por el esfuerzo necesario para orinar. Les contestan que la retirada de la sonda son órdenes de Neurocirugía.

Sobre las 13-14 h, levantan al paciente para llevarlo a orinar al baño, a lo que las hijas advierten que no han pasado las 24 horas de inmovilidad. El personal auxiliar contesta que son órdenes de Neurocirugía y que tienen que movilizar al paciente. Es obligado a caminar hasta el baño con los auxiliares en dos ocasiones.

Pero en la tercera ocasión que lo llevaron al baño, no pudo volver a la cama, pues dejó de poder mover las piernas y las manos se movían sin control. La respuesta del personal fue que «*todo transcurría con normalidad*». El paciente estaba muy nervioso, y ante las reclamaciones de asistencia de la familia, a las 20:30-21 h, echaron a las hijas de la habitación

- Al día siguiente el paciente informa a sus hijas de que durante la noche fue a valorarlo el médico y le realizaron radiografías. Que el implante estaba bien colocado, y que, siendo días de fiesta, no tenían obligación de subir a dar información hasta el lunes 15 de octubre.

- El día 15 de octubre se realiza RMN. A continuación, el equipo completo de neurocirujanos habla con la familia manifestando no saber nada de lo que ha ocurrido, y preguntando si ocurrió algo cuando lo levantaron al baño (caída, sobreesfuerzo, etc.), a lo que contestan no saber pues las habían echado de la habitación, pero que el paciente no deseaba acudir al baño por su propio pie.

Son informadas de que se había formado un hematoma postquirúrgico que comprimía las raíces nerviosas.

El informe clínico de la Unidad de lesionados Medulares del Hospital Universitario Materno Infantil de Las Palmas expone como juicio clínico: «Lesión medular C4 sensitivo, C5 motor bilateral, completo motor, incompleto sensitivo. Vejiga neurógena. Intestino Neurógeno. Mielopatía cervical compresiva».

Es dependiente de tercera persona para las actividades básicas de la vida diaria. Precisa de sonda vesical permanente y adaptación de la vivienda para sus cuidados.

Como objetos de reclamación:

1.- Expone la parte interesada que se produjo una mala praxis, pues en cuanto el paciente manifestó pérdida de fuerza en MMSS y MMII se tendría que haber realizado RMN cervical para descartar hematoma. Desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se realiza finalmente la RMN transcurren más de 72 horas, siendo reclamando tanto por el paciente como por la familia la debida atención.

2.- No se observaron los tiempos de inmovilización del paciente después de la primera intervención, pues llegó a la planta a las 21:22 h y a las 14:20 h se le moviliza para ir al baño.

3.- Obligaron al paciente a miccionar sabiendo que tenía dificultad para ello. El esfuerzo empleado para orinar, sumado a la bipedestación y movimientos para acudir al baño, pudieron contribuir u originar la aparición del hematoma, pues no es casual que el paciente dejara de poder caminar cuando fue obligado a ir al baño por tercera vez.

Cuantifican la indemnización en 1.704.486,46 euros.

### III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan las siguientes actuaciones:

1. Se presenta reclamación de responsabilidad patrimonial contra el SCS el 9 de julio de 2019.

2. Por Resolución de 22 de agosto de 2019 de la Directora del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica del afectado.

3. El Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe de 7 de octubre de 2020 (folios n.º 67-84) el cual, a la vista de la historia clínica y los informes preceptivos, establece el siguiente orden cronológico de los hechos:

- *«El paciente, de 63 años, cuenta con antecedentes de intervención quirúrgica de próstata por hiperplasia benigna prostática, con seguimiento por Urología por dificultades miccionales, con mejoría significativa en evolutivo de Urología del 15/06/18.*

- *En fecha 13 de julio de 18, fue valorado en Consultas Externas de Neurocirugía por presentar debilidad al caminar de predominio derecho (déficit de fuerza) y disminución de fuerza en miembro superior derecho.*

*A la exploración física presenta un signo de Hoffman\* izquierdo llamativo. Hiperreflexia (reflejos osteotendinosos aumentados) en miembros inferiores de forma global. Presencia de hiperreflexia en miembros superiores, franca en el lado izquierdo y reflejo cutáneo plantar derecho extensor.*

*En RMN se objetiva discopatía generalizada de columna cervical con cambios espondiloartrósicos consistentes en osteofitos marginales (protuberancias óseas) tanto en cara anterior como posterior de las plataformas vertebrales, imprimando los de cara posterior en el interior del canal medular condicionando protrusiones discoosteofitarias que disminuyen el canal medular a nivel del segmento vertebral C4-C5, con foco de mielopatía asociada y disminución del calibre de los diferentes agujeros intervertebrales de forma moderada-grave.*

- *Tras diagnóstico de Mielopatía cervicoartrósica, concretamente Mielopatía cervical C4-C5 y Síndrome Piramidal secundario, con deterioro progresivo, con presencia de signo de Hoffman izquierdo llamativo, hiperreflexia global en miembros superiores e inferiores y mayor torpeza motora (mayor debilidad), y tras haber planteado en Consultas Externas tratamiento quirúrgico con el objetivo de evitar el empeoramiento progresivo de la mielopatía clínico/radiológica ya instaurada, el paciente ingresa de forma programada el 8 de octubre de 2018 para cirugía electiva, en el Servicio de Neurocirugía del CHUC. Durante su ingreso se le realizan los estudios preoperatorios y quedan firmados los consentimientos informados (CI) para anestesia y cirugía de columna cervical mediante artrodesis cervical anterior.*

- *En fecha 11 de octubre de 2018, bajo anestesia general y control neurofisiológico, se le realiza intervención quirúrgica mediante artrodesis cervical anterior C4-C5, procediéndose a realizar discectomía cervical para descompresión de médula y raíz nerviosa. Se implanta caja intersomática con tornillos (procedimiento para fijación y estabilización cervical). La cirugía termina con el mismo registro electrofisiológico que al inicio. No se recogen incidencias.*

*A las 20:00 se recoge en hoja de Recuperación postanestésica que moviliza miembros superiores y miembros inferiores.*

*A las 21:22h, tras recuperación postanestésica, y ya en planta de hospitalización, se describe paciente consciente, orientado y colaborador, con reposo en cama, cabecero a 35°, dieta absoluta y sonda vesical. Porta bomba analgésica.*

*- A las 08:30h del día 12 de octubre, el evolutivo describe signos vitales normales, noche sin incidencias, apósitos de cuello (zona quirúrgica), limpios. En las primeras horas de esa mañana, el paciente presenta dolor a pesar de la analgesia, por lo que se informa a Neurocirugía. Siguiendo sus indicaciones, se inicia tolerancia, se retira sonda vesical, y se comienza a movilizar de forma gradual, tras informar a paciente/familiares de las pautas a seguir, por parte de enfermería.*

*- Ya conocidas las pautas del manejo del paciente, informadas por enfermería, en varias ocasiones, tras la demanda familiar, sobre las 14:00h, la propia familia avisa a enfermería para iniciar la deambulación e ir al baño. El personal de enfermería acompaña al paciente al baño, deambulando con andadora, al referir poca fuerza e inestabilidad en la marcha. Una vez en el baño, no es capaz de micción espontánea. Tras acompañarlo a la cama, se realiza valoración de fuerza que está conservada en las cuatro extremidades, siendo ligeramente menor en el lado derecho. No presenta globo vesical. Se explica al paciente la evolución del proceso quirúrgico, quedando éste tranquilo. Se avisa a Neurocirugía.*

*- Neurocirugía valora el paciente en la tarde (folio n.º 278). Se encuentra consciente, orientado, colaborador, ansioso, preocupado por no haber mejorado tras la cirugía. Se le explica nuevamente, (a él, la familia no se encontraba en la habitación) que el objetivo de la cirugía es evitar el empeoramiento de la sintomatología, ante lo cual se muestra más tranquilo. Queda reflejado que el paciente afirma tener miedo para moverse y no colabora para ello. Refiere imposibilidad funcional para mover brazos y piernas. A la exploración presenta tono y movilización espontánea de los cuatro miembros, aunque no colabora para la movilidad de los mismos a la orden. La sensibilidad está preservada. Hiperreflexia global (ya conocida previamente). Signo de Hoffman franco en el lado izquierdo (ya presente previamente), fuerza global disminuida y hemicuerpo derecho con mayor impotencia funcional (ya presentes antes de la cirugía).*

*- En la noche se le realiza Rx cervical de control, objetivándose implante intersomático normoposicionado, sin objetivar cambios con las imágenes de escopia (radiológicas) postquirúrgicas.*

*Se inicia tratamiento para favorecer la micción, dado el antecedente de dificultad miccional, ansiolíticos y medias compresivas.*

*- El dolor es controlado con analgesia. Se le pone sonda vesical dado la falta de micción espontánea, y se le retira por la mañana. Se comenta a enfermería que la información*

médica se dará el lunes en el pase de planta, si la guardia no lo permite antes (según queda descrito por Neurocirugía).

- El día 13 de octubre de 2018, en evolutivo de enfermería se describe que no mueve por sí mismo los miembros inferiores, pero sí conserva sensibilidad, de lo cual se informa a Neurocirugía, que da traslado de esta información a la familia a través del personal de enfermería. El paciente se mantiene con dolor controlado con analgesia, se le administra ansiolítico pautado en la mañana. Se describe herida quirúrgica con buen aspecto. Se le pone sonda vesical ante la imposibilidad del paciente de orinar espontáneamente.

- El día 14 de octubre, consta que ha pasado buena noche y refiere encontrarse mejor con medicación pautada y encontrarse menos nervioso. Relata más movilidad en miembros superiores. Miembros inferiores con impotencia funcional, con tono por grupos musculares y sensibilidad preservados. Por ello, se le ajusta el tratamiento disminuyendo miorrelajantes y se solicita interconsulta a Rehabilitación, describiendo la presencia de disminución de fuerza global de predominio derecho ya previa a la cirugía.

- En fecha 15 de octubre, el paciente presenta empeoramiento motor (del tono, fuerza, balance muscular) en miembros superiores de predominio distal y en miembros inferiores de predominio proximal y distal, e hipoestesia (disminución de sensibilidad) en zona lateral de ambas manos y miembros inferiores, indicándose la realización urgente de RMN cervical, en la que se objetiva a nivel de C4-C5 (zona de la artrodesis), protrusión discal posterior, con moderado edema, y condiciona una estenosis severa del canal, con edema asociado

- Ante el empeoramiento de la clínica del paciente (nivel medular motor en C6), e imagen de RMN, se pauta tratamiento con corticoide (dexametasona que es un potente antiinflamatorio) y se indica segundo tiempo neuroquirúrgico, para descompresión del canal espinal cervical, quedando informados paciente y familiares. Se indica preparación para realización de cirugía inminente (al día siguiente).

- En fecha 16 de octubre se lleva a cabo laminectomía amplia de C4 y de C5, y parcial de C3 y C4. Sin incidencias intraoperatorias. Según Hoja de Recuperación de quirófano, el paciente moviliza miembros superiores (obedece orden y localiza el dolor) y en miembros inferiores (localiza dolor de forma débil, defensa de forma débil, respuesta flexora y extensora débil).

- En evolutivo de enfermería, tras su llegada a planta de hospitalización, desde Reanimación, se describe que el paciente se encuentra consciente, orientado, colaborador. Tiene movilidad en miembros superiores con torpeza en movimientos finos. No tiene movilidad en miembros inferiores, con buena sensibilidad, temperatura y perfusión distal, de lo cual se informa a Neurocirugía. El apósito del cuello está limpio, y el drenaje contiene 50 cc de líquido hemático. Presenta buena diuresis por sonda vesical.

- En fecha 17 de octubre, el paciente se mantiene afebril, con dolor controlado con analgesia y con pauta de dexametasona, describiéndose a las 00:00h, ligera mejoría en el movimiento fino de las manos, sin otros cambios, de lo cual se informa a Neurocirugía. Drenaje con 50 cc de líquido hemático durante toda la noche. El apósito se describe limpio.

- En fecha 18 de octubre, permanece en tratamiento corticoideo. Se indica retirada de drenaje. Se solicita rehabilitación en donde consta: paciente intervenido en una segunda ocasión por mielopatía cervical (artrodesis cervical anterior y laminectomía cervical). Presenta exploración neurológica compatible con lesión medular incompleta (nivel motor en C6). Refiere haber mejorado la movilidad en miembros superiores tras la cirugía y también la sensibilidad.

- En fecha 19 de octubre, Rehabilitación describe a la exploración: consciente, orientado y colaborador. Presenta voz gangosa, no hace uso de músculos respiratorios accesorios. Miembros superiores (MMSS): balances articulares libres. ROT (reflejos osteotendinosos) vivos tricipital, Hoffman +. Tono normal-bajo. Balance muscular (Derecho/Izquierda/Referencia): CEH (cintura escapular) 3-3+/5, C (codo) 4-4+/5, T (tríceps) 0-1/5, DFMUÑ (muñeca) 2+/1/5, EXTD (extensión dedos) 1+/0/5, FD (flexión dedos) 1+/0/5.

Miembros inferiores (MMII): Balances articulares (recorrido o movilidad articular) libres. Tono: cierto patrón de extensión espástico y espasticidad en ITI +, no distal clara. ROT disminuidos. Reflejo cutáneo plantar indiferente. Balance muscular 0/5 global. Sensibilidad: hipoestesia TA (termoalgésica) desde nivel sensitivo C6-C7, bilateral con anestesia territorio cubital de predominio derecho. Hipoestesia TA de hemicuerpo izquierdo desde nivel D5 global y en hemicuerpo izquierdo en niveles de S1 a S3. Tras su valoración se indica iniciar fisioterapia y se recomienda derivación a Unidad de Lesionados Medulares por Síndrome de Lesión medular con nivel sensitivo motor C6, en paciente activo previamente.

- En evolutivo de Neurocirugía del 22 de octubre, está estable clínicamente, con plejía, refiriendo movimientos voluntarios en MMII que no se han objetivado. Se solicita RMN cervical de control postoperatorio. Inicia fisioterapia.

- En evolutivo del día 23 de octubre continúa refiriendo cada vez más mejoría desde el punto de vista sensitivo. Nota los gases. Motor en miembros inferiores todavía ausente. La RMN realizada objetiva cambios postquirúrgicos en vértebras C4-C5 y elementos posteriores en C3-C4-C5, sin evidencia de colecciones. El diámetro del canal central en el nivel intervenido presenta moderada reducción, comparativamente con la reducción severa observada en RMN prequirúrgica. Mielomalacia (lesión medular por compresión) C4-C5-C6 (en zona de mielopatía previa y proximal y distal a la misma), sin observarse signos claros de infarto medular. A la vista de la imágenes Neurocirugía aprecia buena descompresión cervical, sin complicaciones quirúrgicas.

- En días posteriores, está animado, se mantiene afebril, estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio; sin cambios neurológicos. Tolera sedestación. Dada su



estabilidad clínica y presencia de tetraplejia incompleta es trasladado a la Unidad de Lesionados Medulares el 5 de noviembre de 2018.

- Ya en Unidad de lesionados medulares, se describe a la exploración física: es portador de sonda vesical permanente.

Exploración neurológica: Sensibilidad: tacto: Nivel C5 con hipoestesia por debajo (menor sensibilidad al tacto por debajo del nivel cervical C5). Dolor: Nivel C4 con hipoalgesia por debajo (disminución de la sensibilidad dolorosa por debajo del nivel cervical C4). Motor (fuerza, resistencia) Miembros superiores MMSS (Derecho/Izquierdo/Referencia): bíceps 4+/4+/5, radiales 3/0/5, tríceps 2/2+/5, FPC (distales) 0/0/5. Miembros inferiores MMII 0/0/5 global.

Área sacra: nota el paso del dedo, no contracción anal voluntaria. Reflejo BC (bulbocavernoso) ++ (conservado).

- Exploración neurológica al alta de la Unidad de Lesionados Medulares: A nivel articular: arcos libres, salvo últimos grados de movimiento de hombro izquierdo.

A nivel muscular los balances musculares: MMSS: deltoides: 5/5/5, bíceps: 5/5/5, tríceps: 3-/3+/5, radiales/cubital posterior: 3/2-/5, palmares/cubital anterior: 3/3-/5, flexor profundo de los dedos: 3+/3-/5, oponente del pulgar: 3+/3/5

MMII: psoas iliaco: 2/2-/5, glúteo mayor: 2/2-/5, glúteo medio: 2/2-/5, cuádriceps: 2/2-/5, tibial anterior: 2/2-/5

Tono muscular: hipertonía, sobre todo en MMII. Espasmos aislados.

Retracciones musculares: para ambos isquiotibiales, abductores y musculatura flexora de muñeca y extensora de dedos.

A nivel sensitivo: Tacto nivel C5 con hipoestesia por debajo; dolor nivel C4, con hipoestesia por debajo. Trastornos de la sensibilidad propioceptiva, que han ido disminuyendo progresivamente.

A nivel funcional: es capaz de estabilizar el tronco sin ayuda de MMSS, tolerando desestabilizaciones moderadas. Consigue la bipedestación en bipedestador durante unos 20 minutos, con ayuda de faja abdominal compresiva. Precisa ayuda para pasar de decúbito supino a sentado. Puede ayudar en el paso de decúbito supino a prono y viceversa. Precisa de una silla eléctrica de mando manual derecho para desplazarse.

- Según informe de dicha Unidad, el paciente inició programa de rehabilitación intensivo basado en fisioterapia, terapia ocupacional y cuidados de enfermería encaminados a conseguir máxima funcionalidad para su lesión neurológica y edad. Su evolución se describe lenta pero favorable. Desde el punto de vista neurológico ha recuperado parcialmente movilidad en miembros inferiores pero sin aportar funcionalidad. Desde el punto de vista

*funcional el paciente se desplaza de forma autónoma en silla de ruedas eléctrica, tiene buen control de tronco en sedestación, es independiente parcial para la comida y aunque ayuda, es dependiente para el aseo, vestido, baño y transferencias. Precisa de sonda vesical permanente para el vaciado vesical, y para conseguir un hábito intestinal regular, precisa de laxantes orales y rectales. Dada la estabilidad de la lesión y de su funcionalidad causa alta hospitalaria el 30/ de abril de 2019, con el diagnóstico de Síndrome lesión medular C4 sensitivo, C5 motor bilateral, ASIA C, secundaria a mielopatía cervical compresiva reintervenida. Vejiga neurógena. Intestino neurógeno. Se le dan las recomendaciones sobre seguimiento, tratamiento farmacológico, así como continuidad de tratamiento rehabilitador de mantenimiento, de forma ambulatoria.*

*- Con posterioridad sigue tratamiento rehabilitador de mantenimiento en el Hospital General de la Palma».*

4. Con fecha 10 de noviembre de 2020 se notifica al interesado Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia.

Con fecha 25 de noviembre de 2020 el interesado solicita su Historia Clínica para su consulta a fin de poder presentar alegaciones.

Con fecha 9 de enero se da traslado de la documentación al interesado, y se abre nuevo trámite de audiencia. El día 21 de enero de 2021 (...) presenta escrito de alegaciones.

5. Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico. En este caso, la reclamación interpuesta tras la implantación de prótesis de rodilla, por haber padecido fibrosis como complicación contemplada en el DCI (informe de los Servicio Jurídicos, de fecha 4 de octubre de 2018 correspondiente al ERP n.º 214/16 o informe de AJD 234/18 (ERP 169/17).

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no ser el daño antijurídico.

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada por el interesado por considerar que el daño no es antijurídico, al ser la medicina curativa una obligación de medios y no de resultado y

estar las posibles complicaciones derivadas de la cirugía de artrodesis cervical C4-C5 descritas en el consentimiento informado firmado por el interesado.

2. Las conclusiones del informe del SIP son las siguientes:

«1.- El paciente presentaba a nivel clínico y radiológico una lesión medular: mielopatía por compresión medular osteoartrósica, con deterioro neurológico progresivo, manifestado por debilidad (déficit de fuerza global) de predominio en hemicuerpo derecho (extremidades derechas) y signos clínicos compatibles: signo de Hoffman, llamativo en miembro superior izquierdo. Hiperreflexia (reflejos osteotendinosos aumentados) en miembros superiores e inferiores, y reflejo cutáneo plantar derecho extensor, signos asociados a daño del tracto corticoespinal de la vía piramidal, relacionados con daño en la médula espinal.

2.- Previa explicación sobre objetivos, procedimiento, riesgos inherentes y firma del CI, el paciente fue operado en fecha 11/10/18; bajo anestesia general y control neurofisiológico, se le realiza intervención quirúrgica mediante artrodesis cervical anterior C4-C5. Tras disección de planos se identifica espacio a intervenir con escopía, procediéndose a realizar discectomía cervical con apertura de ligamento común vertebral posterior y de osteofitos posteriores (procedimiento para descompresión de médula y raíz nerviosa). Se implanta caja intersomática de 6 mm de altura con tornillos de 14 y 16 (procedimiento para fijación y estabilización cervical). Se cierra por planos con sutura reabsorbible. La cirugía termina a las 15:50 h (según gráfico de anestesia), con el mismo registro electrofisiológico que al inicio. Ni durante la cirugía ni durante su estancia en Recuperación postanestésica (RP) se recogen incidencias, siendo descrito en la hoja de RP a las 20:00, que el paciente movilizaba las cuatro extremidades.

3.- A las 21:22h, tras recuperación postanestésica, y ya en planta de hospitalización, se describe en evolutivo que el paciente está consciente, orientado y colaborador, estando en reposo en cama, con cabecero a 35°, dieta absoluta y sonda vesical. Porta suero venoso y bomba analgésica.

4.- A las 08:30h del día 12/10/18, el evolutivo describe signos vitales normales, noche sin incidencias, apósitos de cuello (zona quirúrgica), están limpios.

5.- En las primeras horas de esa mañana, el paciente presenta dolor a pesar de la analgesia, por lo que se informa a Neurocirugía. Siguiendo las indicaciones de Neurocirugía para su manejo, se inicia tolerancia, se retira sonda vesical y se comienza a movilizar de forma gradual, tras informar a paciente/familiares de las pautas a seguir, por parte de enfermería.

6.- Ya conocidas las pautas del manejo del paciente, informadas por enfermería, en varias ocasiones, tras la demanda familiar; sobre las 14:00h, la propia familia avisa a enfermería para iniciar la deambulacion e ir al baño. El personal de enfermería acompaña al

*paciente al baño, deambulando con andadora, al referir poca fuerza e inestabilidad en la marcha. Una vez en el baño, no es capaz de micción espontánea. Tras acompañarlo a la cama, se realiza valoración de fuerza que está conservada en las cuatro extremidades, siendo ligeramente menor en el lado derecho. No presenta globo vesical (no hay acumulación de orina en vejiga). Se explica al paciente la evolución del proceso quirúrgico, quedando este tranquilo. Se avisa a Neurocirugía para valoración del paciente.*

*7.- Las indicaciones postquirúrgicas realizadas recomendaban reposo en cama con cabecero a 35°, dieta absoluta y sonda vesical. Según consta en informe de Neurocirugía (Dr. (...)), tras este tipo de cirugías se indica reposo en cama hasta el día siguiente que es cuando se levanta al paciente (en muchas ocasiones desde las 8 de la mañana, no es necesario que sean 24h estrictas) y comienzan a deambular. Y ese fue el protocolo seguido, en los evolutivos queda constancia del manejo que enfermería siguió por recomendación explícita de Neurocirugía, que además le fue informado a paciente y familiares. No se obligó al paciente a caminar, la movilización se realizó de forma gradual, hasta que el propio paciente solicitó caminar para ir al baño, y dado su temor, se le facilitó apoyo con andadora, no se actuó de forma violenta, ni arbitraria; se actuó conforme a protocolo, y la familia/paciente estuvo informada, en cambio, también quedó constancia de actitud incívica por parte de familiares (insultos y falta de respeto a varios miembros del personal de enfermería). La sonda vesical que fue colocada para la cirugía (utilizado en este caso pero no siempre necesaria), le fue retirada adecuadamente, forma parte del protocolo, sólo se deja si es estrictamente necesaria por el tipo de cirugía o por las condiciones del paciente, dado el riesgo de infección. En este caso era conveniente que el paciente se movilizara, caminara, y realizara la micción de forma espontánea, y por ello de forma adecuada se le retiró, acción que se realizó apropiadamente por indicación de Neurocirugía. El protocolo postquirúrgico fue seguido de forma oportuna y conveniente según el estado del paciente.*

*8.- Esa tarde-noche (12/10/18) el paciente es valorado por Neurocirugía. Se encuentra consciente, orientado, colaborador, ansioso, preocupado por no haber mejorado tras la cirugía. Se le explica nuevamente, (a él, la familia no se encuentra) al igual que se hizo en consultas externas, que el objetivo de la cirugía es evitar el empeoramiento de la sintomatología, ante lo cual se muestra más tranquilo, asimismo queda reflejado que el paciente afirma tener miedo para moverse y no colabora para ello. Refiere imposibilidad funcional para movilizar brazos y piernas. A la exploración presenta tono\* y movilización espontánea de los cuatro miembros, aunque no colabora para la movilidad de los mismos a la orden. La sensibilidad está preservada. Hiperreflexia global ya conocida previamente. Signo de Hoffman franco en el lado izquierdo (ya presente previamente), fuerza global disminuida y hemicuerpo derecho con mayor impotencia funcional (ya presentes antes de la cirugía).*

*9.- \*Tono es el estado permanente de contracción parcial, pasiva y continua de los músculos, es decir la resistencia que se percibe cuando se moviliza pasivamente las*

articulaciones de un paciente en reposo, o lo que es igual, al mover las articulaciones estas no muestran flacidez ni espasticidad.

10.- En la noche se le realiza Rx cervical de control, objetivándose implante intersomático normoposicionado, sin objetivar cambios con las imágenes de escopia (radiológicas) postquirúrgicas. Se inicia tratamiento para favorecer la micción, dado el antecedente de dificultad miccional y ansiolíticos para la ansiedad.

11.- El dolor es controlado con analgesia. Se le pone sonda vesical dado la falta de micción espontánea, y se le retira por la mañana. Se comenta a enfermería que la información médica se dará el lunes en el pase de planta, si la guardia no lo permite antes (según queda descrito por Neurocirugía).

12.- La actuación por parte de Neurocirugía de guardia fue coherente, el paciente fue escuchado y explorado. Afirmaba tener miedo para movilizarse y no colaboraba para ello. Refiere imposibilidad funcional para movilizar brazos y piernas. A la exploración presenta tono y movilización espontánea de los cuatro miembros, aunque no colabora para la movilidad de los mismos a la orden. La presencia de tono muscular normal y movilización espontánea de los cuatro miembros, en un paciente que afirma tener miedo para movilizarse, en el contexto de una cirugía de descompresión medular reciente, pueden estar justificados por la propia evolución y contexto del paciente, no son síntomas que sugieran empeoramiento per sé. Tampoco el dolor que estaba siendo controlado con la analgesia pautada era criterio para sospechar empeoramiento.

13.- También se actuó prudentemente, realizando estudio de imagen (radiografía de control, en la zona cervical intervenida), que mostró un implante intersomático en una posición normal, sin objetivar cambios en relación con las imágenes radiográficas postquirúrgicas. Toda la información fue dada al paciente por Neurocirugía de guardia; asimismo la información fue proporcionada a los familiares no presentes, por el Servicio de Enfermería, dado que Neurocirugía facilitaría información a los familiares en el pase de planta, si la guardia no lo permitía antes. Todo ello forma parte del protocolo hospitalario, del cual los pacientes y familiares son informados desde el ingreso.

14.- El día 14/10/18, se describe en evolutivo que ha pasado buena noche y refiere encontrarse mejor. En comentarios de Neurocirugía se describe que el paciente refiere haber mejorado mucho con medicación pautada y encontrarse menos nervioso. Relata más movilidad en miembros superiores. Miembros inferiores con impotencia funcional, con tono por grupos musculares y sensibilidad preservados. Por ello, se le ajusta el tratamiento disminuyendo miorrelajantes y se solicita interconsulta a rehabilitación. En la solicitud de interconsulta se describe la presencia de disminución de fuerza global de predominio derecho ya previa a la cirugía.

15.- En esta valoración realizada el día 14/10/18, el paciente refiere encontrarse mejor: menos nervioso y con más movilidad en miembros superiores. En la exploración, aunque tiene impotencia funcional en miembros inferiores, se constata tono por grupos musculares y sensibilidad preservados, lo que puede estar en relación con la propia evolución y contexto del paciente, con disminución de fuerza global de predominio derecho previo a la cirugía, y con el ansiolítico, que actúa como relajante muscular, por lo que se pauta disminución del miorrelajante y se solicita interconsulta a rehabilitación. El paciente estaba siendo atendido, explorado, revisado y ajustado sus tratamientos y cuidados. Los síntomas que presentaba entraban en el contexto de su evolución postquirúrgica y lesión medular previa, incluso se apreciaba mejoría. No se aprecia dejadez, negligencia o mala praxis en la actuación de Neurocirugía de guardia.

16.- En fecha 15/10/18, el paciente presenta empeoramiento motor (del tono, fuerza, resistencia) en miembros superiores de predominio distal y en miembros inferiores de predominio proximal y distal e hipoestesia (disminución de sensibilidad no presentada anteriormente) en zona lateral de ambas manos y miembros inferiores, indicándose la realización urgente de Resonancia Magnética (RM) cervical. En la RM realizada sobre las 16:00h (según informe de Neurocirugía emitido por el Dr. (...)); se objetiva a nivel de C4-C5 (zona de la artrodesis), protrusión discal posterior C4-C5, que presenta moderado edema, y condiciona una estenosis severa del canal, asociado a datos de mielopatía (ya conocida) a dicho nivel y en porciones adyacentes tanto distal como proximal. Adyacente al ligamento longitudinal anterior cervical se observa hiperséñal de configuración alargada en secuencia sensible a líquidos, que se extiende desde C2 a C6, probablemente en relación con cambio postquirúrgico (seroma). Imágenes que reflejan edema asociado a estenosis del canal cervical, según el propio informe radiológico e informe del Neurocirujano.

17.- Es el día 15/10/18, cuando hay un claro empeoramiento de la clínica del paciente: se describe empeoramiento motor en miembros superiores de predominio distal y en miembros inferiores de predominio proximal y distal e hipoestesia en zona lateral de ambas manos y miembros inferiores. De igual forma, se actúa de forma razonable, realizando de forma urgente una Resonancia Magnética (RM), la cual objetivó edema (líquidos extravasados desde los pequeños vasos sanguíneos que se acumula en el espacio intersticial, debido a la propia cirugía), con estenosis severa del canal espinal cervical, (esto es compresión medular) asociado a daño medular previo (mielopatía previa).

18.- De igual forma el proceder fue ajustado a la clínica del paciente, instaurando tratamiento para el edema y preparando al paciente y los recursos adecuados para su intervención inminente. Cirugía realizada mediante laminectomía amplia de C4 y C5, además de parcial de C3 y C4, para la ampliación del canal espinal y la descompresión de la médula, protocolos quirúrgicos conforme a las normas, y que transcurrió sin incidencias.

19.- *Igualmente, luego de la segunda cirugía se pusieron a disposición del paciente todos los tratamientos y cuidados para su recuperación, pero el agravamiento de la lesión medular, complicación que puede suceder en el 4% de los pacientes intervenidos de raquis, y que el paciente conocía, comprendía y había asumido con la firma del CI, se había materializado, causando tetraplejía incompleta. Si bien, con la rehabilitación realizada en la Unidad de lesionados medulares tuvo una evolución favorable, no hubo avances suficientes a nivel funcional, por lo que fue dado de alta hospitalaria el 30/04/19, dado la estabilidad de la lesión y de su funcionalidad, con el diagnóstico de Síndrome lesión medular C4 sensitivo, C5 motor bilateral, ASIA C, secundaria a mielopatía cervical compresiva reintervenida. Vejiga neurógena. Intestino neurógeno. Tras su alta continuó recibiendo asistencia médica y rehabilitadora ambulatoria.*

20.- *El seguimiento y las actuaciones realizadas por el Servicio de Neurocirugía demuestran que el paciente estaba siendo controlado de acuerdo a su contexto clínico y sus requerimientos, demostrando que no hubo dejadez, negligencia, ni mala práctica, todo lo contrario, tanto las intervenciones practicadas como las actuaciones posteriores se llevaron a cabo conforme a lex artis.*

21.- *Las actuaciones realizadas nos llevan a considerar que, no hubo mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a lo que el caso clínico requería en cada momento, sin que pueda atribuirse a mala práctica las complicaciones postquirúrgicas surgidas o establecerse un nexo causal con una inadecuada atención».*

## V

1. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación nº 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, que declara:

*«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».*

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.



2. Junto a ello, otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica es la existencia del consentimiento informado exigido en los arts. 8 y siguientes de 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.

Sobre el consentimiento informado ya se ha pronunciado este Consejo, entre otros, en el Dictamen número 179/2020, de 1 de junio, a tenor del cual:

*«6. Este Consejo Consultivo ha sostenido en multitud de dictámenes como por ejemplo en el Dictamen n.º 348/2019, de 7 de octubre siguiendo la constante jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia, que la adecuación a la lex artis no exige únicamente que se pongan a disposición del paciente los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, todo lo cual se ha hecho correctamente en este caso, sino también que aquél reciba cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.*

*Así mismo, en dicho Dictamen, que tiene por objeto un supuesto en el que los servicios sanitarios actuaron en todo momento correctamente y, pese a ello, se produjo uno de los riesgos incluidos en el consentimiento informado, como también ha ocurrido en el caso que nos ocupa, se manifestó al respecto que: “Por lo tanto, lo acontecido supone la producción efectiva de uno de los riesgos que se incluían en dicha documentación, sin que se pruebe por la interesada que se deba a una mala praxis, como ya se manifestó, ni que los servicios sanitarios no intentaron evitarlos y paliar sus consecuencias con la totalidad de los medios de los que dispone el SCS. En relación con ello, este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente, siguiendo la Jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia que la regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a la «lex artis ad hoc», será asumida por el propio paciente (por todos, DDCC 576/2018 y 49/2019)”, todo lo cual es plenamente aplicable al presente supuesto por los motivos aducidos en el apartado anterior».*

La STS de 1 de junio de 2011 (RJ 2011, 4260) precisó: *«Como con reiteración ha declarado esta Sala la información por su propia naturaleza integra un procedimiento gradual y básicamente verbal que es exigible y se presta por el médico responsable del paciente (SSTS 13 de octubre 2009 (RJ 2009, 5564); 27 de septiembre de 2010 (RJ 2010, 5155))».*

Pues bien, entendemos que en este caso, consta en el expediente administrativo el consentimiento informado para las intervenciones quirúrgicas de artrodesis cervical C4-C5 donde figura como posible riesgo el empeoramiento de la enfermedad o la necesidad de reintervención.

3. Por otra parte, y como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, la carga de probar la existencia del necesario nexo causal entre la actuación y el resultado incumbe al reclamante, tal como establece la regla general contenida en los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone, sin perjuicio del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

4. Una vez analizado el presente caso, estimamos que no concurren los requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración en materia sanitaria, al ser la medicina una obligación de medios y no de resultado, y estar descrita la complicación que sufrió el paciente tras la intervención quirúrgica de artrodesis cervical C4-C5, en el consentimiento informado que firmó para la misma, de cuyos riesgos fue advertido y que con su firma asumió. No estamos, pues, ante un daño antijurídico que el paciente no tenga la obligación jurídica de soportar en el estado actual de la ciencia médica.

Del informe del SIP, del informe del neurocirujano de guardia y del informe de enfermería se deduce, que la actuación médica se ha ajustado a la *lex artis ad hoc* y que las complicaciones surgidas de la cirugía de artrodesis cervical C4-C5 están dentro de los riesgos advertidos en el consentimiento informado que el paciente firmó, sin que el reclamante haya acreditado lo contrario, pese a la duda razonable que suscita sus alegaciones.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por el Sr. (...) frente al SCS es conforme a Derecho.