



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 2 3 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de noviembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 490/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud (SCS), como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 28 de septiembre de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 30 de septiembre de 2021.

2. La cuantía reclamada (324.181,32 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad 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 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 SCS, 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: Sr. Suay Rincón.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del SCS, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del SCS, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

5. En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el SCS, titular del servicio a cuyo funcionamiento se atribuye el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 21 de diciembre de 2020 por correo postal respecto de un daño cuyo alcance ha quedado determinado el 1 de julio de 2020, fecha en la que recibe alta por máxima mejoría posible en rehabilitación y consulta del dolor.

II

La reclamante promueve 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 SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación lo siguiente:

«Primero.- En marzo de 2017 con mucho miedo y ante las insistencias de los profesionales Servicio de Neurocirugía y la inminente pérdida del tratamiento de la que me advirtieron decidí operarme de la espondilolistesis lumbar que padecía. Tras 2 años en lista de espera, fui intervenida el 28 de junio de 2019 en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) por el especialista en neurocirugía, El Dr. (...).

Segundo.- Tras la intervención, comencé a sentir grandes niveles de dolor hasta el punto de tener que presionar constantemente el pulsador de morfina que me tuvieron que proporcionar en el HUC. Aunque le trasladé los fuertes dolores que sufría en la espalda y en la pierna izquierda, así como, los problemas de movilidad de esta última, el médico que me

operó dijo que todo estaba bien y que lo que sufría eran dolores postoperatorios normales dada la intervención.

En este momento también me trasladó que durante la intervención tuvo un “pequeño problema” al colocar la placa, pues esta no se quedaba recta y no fue hasta que colocaron los tornillos cuando consiguieron que se ajustara.

Tercero.- El 1 de julio de 2019, cursé alta y mandándome a casa. Pero tuve que ser trasladada a mi domicilio con la ayuda de familiares porque los fuertes dolores y la falta de movilidad hicieron imposible que me desplazara, por mis propios medios

Ya en mi domicilio seguí con los elevados niveles de dolor y como estos no remitían lo más mínimo, el 3 de julio intenté ponerme en contacto con el Dr. (...) en el número de teléfono que me había facilitado para este tipo de situaciones. Tras muchos intentos infructuosos, por fin conseguí hablar con él, y tras hablar con él y trasladarle mi penosa situación, me aseguró que los síntomas que padecía eran normales pautándome únicamente un aumento de la dosis de analgésicos.

Cuarto.- A las dos semanas y con una importante dosis de medicamentos, pude caminar con muchas dificultades, por lo que acudí a mi Centro de Salud de referencia para que me retiraran los puntos de la intervención. En el difícil trayecto, aunque apenas hay 500m, comprobé que la pierna izquierda se abría hacia afuera sin poder controlarla. Ya en el centro le trasladé a la enfermera las complicaciones que estaba sufriendo, viendo además que presentaba grandes hematomas en la zona de la espalda a los que el neurocirujano no le había dado importancia. Esto hizo que me viera el médico de cabecera y decidiera recetarme Clexane solución inyectable, dos semanas más tarde de lo que habría sido aconsejable.

Quinto.- El 14 de agosto de 2019 acudí a la consulta del Dr. (...) y aunque le trasladé los fuertes dolores que seguí sufriendo y las grandes limitaciones de movilidad a las que me estaba enfrentando, me insistió en que era algo normal y me derivó al Servicio de Rehabilitación.

Sexto.- En la consulta de rehabilitación observaron que presentaba una lesión del nervio ciático y ante mi preocupación me recomendaron preguntarle al neurocirujano que me intervino. Asimismo, dadas mis grandes dificultades para caminar y las parestias que presentaba en el MII me pautaron el uso de una prótesis que asumo que tendré que usar siempre.

Séptimo.- Durante todos estos meses he sido atendida por los Servicios de Clínica del Dolor y Rehabilitación sin obtener apenas mejoría, tanto es así que recibí el alta de este último el pasado 1 de julio del presente, pues había alcanzado la “máxima mejoría posible” con los recursos de Rehabilitación del HUC.

En esa consulta del primero de julio se observó que persistía la paresia para la flexión dorsal y la extensión de los dedos del pie izquierdo, así como falta de sensibilidad con hipotesia del tercio distal del MII, teniendo que usar una ortesis que aumenta algo mi estabilidad, principalmente en interiores y un bastón antebraquial (muleta).

Asimismo, el Servicio de Clínica del Dolor también señala que, además de lo anterior, padezco una contractura del cuadro lumbar, acortamiento de la musculatura del MII, además de dolor crónico que no se alivia con el tratamiento estando muy limitada para mis actividades diarias.

Octavo.- Además de los evidentes daños fisiológicos sufridos y lo elevados niveles de dolor con los que convivo, esta ha generado toda una serie de perjuicios a todos los niveles, dañando seriamente mi salud mental con depresiones e ideas suicidas generándome una dependencia total ya que soy incapaz de realizar cualquier actividad doméstica o salir a la calle sin ayuda, así como una afectación en mis relaciones interpersonales y de pareja que resultan del todo inviables con los fuertes dolores que padezco ante cualquier movimiento.

Noveno.- Resulta evidente el abandono por parte del Servicio de Neurocirugía del HUC, no solo por la falta de seguimiento y tratamiento sufridas y que en algunos casos han tenido que llevarla a cabo desde otros servicios. Resultando aun más grosero este abandono con el "pequeño problema" intraoperatorio que me trasladó el Dr. (...)

Asimismo, resulta del todo hiriente que el problema anterior no se refleje en los informes que he podido ver. Siendo aun más reprochable que, con los fuertes niveles de dolor que constantemente he sufrido, el Dr. (...) reflejara una ficticia mejoría a este respecto pese a que siempre le trasladé lo contrario. Además de todo lo anterior resulta alarmante como este doctor ha decidido establecer la próxima cita el 14 de noviembre de 2021, ya sea porque es consciente de que mi situación no va a mejorar o porque pretendía evitar la acción que aquí planteo.

Décimo.- De todo lo anterior se aprecia claramente una serie de errores y abandono por parte de los profesionales de SCS que se han materializado en un daño desproporcionado con lo que voy a tener que convivir el resto de mis días con fuertes dolores, dependiendo de una ortesis y de una muleta de por vida. Dichos daños tienen su origen en la inadecuada, por no decir nula atención recibida por algunos de los profesionales de esta Administración (...) ».

Asimismo, añade no haber sido informada de los riesgos a los que se sometía con la intervención.

Por todo ello solicita una indemnización que cuantifica en 324.181,32 euros.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el

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

Por otro lado, constan practicadas en el curso de este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 7 de enero de 2021 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a que subsane su reclamación, lo que se le notifica el 22 de enero de 2021, sin que aporte nada al efecto.

- Por Resolución de 8 de enero de 2021, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que recibe notificación ésta el 22 de enero de 2021.

- El 8 de enero de 2021 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP). Tal informe se emite el 18 de agosto de 2021, tras haber recabado la documentación oportuna [Copia de la Historia clínica obrante al Hospital Universitario de Canarias (HUC), informe emitido por el Servicio de Neurocirugía el 25 de febrero de 2021, y copia de la Historia clínica de Atención primaria].

- El 23 de junio de 2021 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas documentales propuestas por la interesada y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP. Siendo todas las pruebas documentales se declara concluso el trámite probatorio y se acuerda la continuación del procedimiento, de lo que recibe notificación la reclamante el 29 de junio de 2021.

- Con fecha 23 de junio de 2021 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 29 de junio de 2021, no constando presentación de alegaciones.

- El 24 de septiembre de 2021 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, que es remitida a este Consejo Consultivo.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Es conveniente señalar antes de entrar en el fondo del asunto los antecedentes que, según tal informe, constan en la historia clínica de la interesada, en relación con la asistencia que nos ocupa, siendo precisa su total transcripción dada la relevancia que todos ellos tienen en relación con la reclamación de la interesada:

«A.- Paciente mujer, fecha de nacimiento 12.05.64, pensionista no contributiva, con antecedentes de:

2007: Inicia cuadro de dolor lumbar con irradiación a ambos miembros inferiores de carácter crónico que no cede con tratamiento analgésico ni conservador. Desde 2008 en tratamiento en la Unidad del Dolor. Exploración Física: Flexo-extensión lumbar dolorosa. Lassegue bilateral a 45°. Hiporreflexia aquilea bilateral. Presentaba Hernia discal lumbar L5-S1. El día 25 de noviembre de 2009 es intervenida quirúrgicamente, practicándose discectomía radical microquirúrgica L5-S1.

Persiste posteriormente dolor a nivel lumbar, presentando Radiculopatía lumbar por lo que prosigue en la Unidad del Dolor crónico del HUC. Ante la radiculopatía lumbar con lumbociatalgia se realizaron técnicas intervencionistas para tratar de aliviar el dolor lumbar (radiofrecuencia facetaria, epidurales lumbares, infiltraciones diagnósticas facetarias (...)), con pobres resultados y poco alivio.

Recibía además tratamiento farmacológico con analgésicos opioides (tapentadol, (...)) indicados en dolor crónico intenso.

En consulta con la Unidad del dolor el 9 de octubre de 2014: 18 de febrero de 2013 consta: " (...) persiste dolor irradiado a miembro inferior izquierdo a dedos del pie (...)" .

15.04.15: Atención primaria: "Refiere que se le enfría el pie izquierdo, que se le "enduerme" y que le duele cuando camina".

B.- Además del seguimiento en la Unidad del Dolor, se realizan controles por la especialidad de Neurocirugía:

04.06.15. Consulta de Neurocirugía: " (...) presenta un cuadro de dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo con adormecimiento ocasional (...) en seguimiento por Unidad del Dolor sin gran respuesta al tratamiento. En tratamiento con Palexia y Artilog.

Resonancia Magnética de 25.06.15: En la secuencia sagital T2 se observa una rectificación de la lordosis fisiológica con disminución de la señal hídrica de los discos desde L3 a S1. Hay una disminución de altura discal L5-S1. Listesis grado I L4-L5. Los cortes axiales muestran una protrusión discal circunferencial L3-L4 y sobre todo L4-L5 de predominio medial, con hipertrofia de ligamentos amarillos que condicionan una estenosis del canal. Moderados signos artrósicos de articulaciones interapofisarias más acentuado en L4-L5. Conclusión: -Espondilolistesis grado I L4-L5 con discopatía de predominio medial y estenosis

de canal en dicha localización. -Discopatía global L3-L4. -Cambios postquirúrgico en L5-S1. - Moderados signos artrósicos de articulaciones interapofisarias.

17.07.15: Consulta de Neurocirugía: " (...) Las infiltraciones le han mejorado de alguna manera (no mejoría completa). En estudios de imagen se aprecia listesis L4-L5 Grado I-II ligeramente inestable. No desea tratamiento quirúrgico de momento (...) "

21.01.16 Consulta de Neurocirugía: " (...) La primera infiltración le fue bien pero la segunda tuvo un efecto escaso. Clínica radicular en Miembro inferior izquierdo con predominio del dolor lumbar. Por el momento y a pesar de que está con dolor no quiere operarse. Control clínico en 6 meses (...) "

27.07.16 Consulta de Neurocirugía: " (...) Le realizan infiltraciones que le duran aproximadamente un mes y medio. Sigue con la misma clínica, adormecimiento de pie, muchos calambres nocturnos. Cita con Unidad Dolor en octubre. Sigue sin querer operarse (...) "

08.03.17 Consulta de Neurocirugía: " (...) Tratamiento con tapentadol. Refiere F. empeoramiento clínico. Ahora sí quiere operarse. Se incluye en lista de espera para artrodesis lumbar (...) "

Se observa que en el seguimiento, la reclamante manifiesta su voluntad de no ser intervenida quirúrgicamente hasta que presenta un deterioro clínico relevante a pesar de cuantas técnicas y tratamiento farmacológico con analgésicos opioides menores y mayores así como con neuromoduladores fueron indicados, decidiendo entonces someterse a cirugía.

03.04.17: Consulta de Angiología y cirugía vascular: "Refiere falta de sensibilidad en miembro inferior izquierdo".

Resonancia Magnética lumbar 31.01.18: En la secuencia sagital T2 se observa rectificación de la lordosis fisiológica con disminución de la señal hídrica y altura de los discos desde L3 a S1. Asimismo, se observa espondilolistesis grado I en L4-L5 sin espondilolisis. Los cortes axiales muestran protrusión discal circunferencial de predominio medial en L4-L5 con hipertrofia de ligamentos amarillos y estenosis de canal. Imágenes con cambios postquirúrgicos en L5-S1. Protrusión discal circunferencial en L3-L4. Moderados signos artrósicos vertebrales y de articulaciones interapofisarias.

14.02.18 Consulta de Neurocirugía: "Molestias bilaterales con claudicación neurógena".

C.- Hasta este momento tenemos a una paciente con radiculopatía lumbar crónica con sintomatología dolorosa a nivel lumbar que afecta al miembro inferior izquierdo con adormecimiento de pie, falta de sensibilidad, etc que a pesar de los sucesivos tratamientos indicados por la Unidad del Dolor crónico del HUC a lo largo de un tiempo prolongado no obtiene alivio.

Que en pruebas de imagen realizadas se observa afectación de región L3-L4, L4-L5. La afectación sufrida espondilolistesis consiste en el deslizamiento de una vértebra hacia adelante (generalmente las vértebras lumbares más bajas, L4 o L5) la cual puede llegar a comprimir la médula espinal.

(...)

D.- Ante la persistencia y agravamiento de la sintomatología dolorosa y deficitaria el 8 de marzo de 2017 acepta ser incluida en lista de espera quirúrgica a fin de someterse a artrodesis L4-L5 cirugía de fijación lumbar posterior.

En notas clínicas de la Unidad del Dolor crónico 17.10.18 se expresa que la paciente presenta: “ (...) Dolor lumbar constante irradiado a miembro inferior izquierdo (...) Poco alivio con infiltraciones (...) Tratamiento con Yantil (Tapentadol)”.

E.- Consta documento de Consentimiento informado suscrito por la reclamante (...).

F.- En marzo de 2019 se somete a pruebas preoperatorias.

G.- El 08.05.19 se somete a cirugía artroscópica de rodilla derecha en Hospital Quirón, a cargo del Servicio Canario de la Salud.

H.- Con carácter programado se somete a intervención quirúrgica el 28 de junio de 2019 en el HUC, a cargo del Servicio de Neurocirugía.

La intervención consistió en retirar el disco entre las dos vértebras L4-L5 sustituirlo por un dispositivo y colocar implantes metálicos como barras y tornillos para lograr la fusión vertebral. No tuvieron lugar incidencias intraoperatorias.

Se trató de procedimiento guiado por radioscopia intraquirúrgica como método de control intraoperatorio para localizar la anatomía de la región y la colocación correcta de dispositivos en la cirugía de raquis.

Asimismo, en el acto quirúrgico se utilizó sistema de monitorización neurofisiológica operatoria. Este es un recurso empleado en la cirugía de columna lumbar que aumenta la seguridad del procedimiento y tiene como objetivo ayudar a mantener la integridad fisiológica de la médula espinal y los nervios raquídeos durante un procedimiento quirúrgico advirtiendo al cirujano de un posible daño o deterioro neurológico.

I.- En Reanimación postanestésica consta: “Miembro inferior izquierdo con poca fuerza (...) Se le pregunta a la paciente y refiere que no tiene más déficit que antes de operarse.” Por parte de anestesiólogo se refleja “Sin empeoramiento de su paresia de miembro inferior.” Pasa a planta de hospitalización alrededor de las 19:00 h del 28 de junio de 2019.

J.- Al día siguiente, 29 de junio se realiza TAC de control donde no se observa alteraciones: Material de osteosíntesis a nivel de columna lumbar en niveles L4 y L5 así como dispositivo intersomático L4-L5 y laminectomía L4 izquierda.

K.- Alta hospitalaria el día 1 de julio de 2019. Figura en documento de enfermería entregado a la reclamante:

“Recomendaciones al paciente:

-Vigilar signos de infección en heridas quirúrgicas (calor, dolor anormal, rubor, exudado anormal, hipertermia). Si fiebre acudir a su centro de salud aportando informe médico de alta hospitalaria.

-En caso de pérdida de fuerza y/o sensibilidad en MMII deberá acudir al Servicio de Urgencias de su centro de salud de Zona.

-No debe cargar peso ni conducir”.

En informe de alta se indica tratamiento farmacológico con analgésicos, antiinflamatorios: Paracetamol 1g, Enantyum 25mg, Lyrica 25mg (Pregabalina) y Alasod®.

L.- Acude al centro de salud, por primera vez el 4 de julio de 2019: Refiere que no sabe qué tomar (?). La médico de atención Primaria relata que en el informe de alta le indicaron la medicación. Extiende receta. No existe mención a dolor o debilidad.

09.07.19 Acude a retirada de grapas de la herida quirúrgica. No consta incidencia alguna. Se describe por personal de enfermería: “Presenta 3 heridas longitudinales cerradas con grapa. - Plan de actuación general: Se retiran grapas sin complicación. Se da educación sanitaria”.

El 12.07.19 en consulta con médico de atención primaria, acude por recetas. Es la reclamante quien refiere que el Neurocirujano le pautó Clexane 2000 UI. extendiendo la receta la médico de familia. No existe mención a dolor o debilidad.

Las consultas efectuadas guardan relación con medicación y con retirada de grapas. No consta que siguiera la recomendación: En caso de pérdida de fuerza y/o sensibilidad en MMII deberá acudir al Servicio de Urgencias de su centro de salud de Zona.

M.- 24.07.19 Por neurocirujano, Dr. (...), se cursa interconsulta urgente al Sº de Rehabilitación por presentar un cuadro de debilidad para la dorsiflexión del pie izquierdo con alteraciones sensitivas territorio L5 y S1.

En esta consulta es cuando se menciona por primera vez la limitación en la flexión dorsal del pie izquierdo.

2 de agosto de 2019 Valoración por médico rehabilitador: La paciente refiere debilidad en el miembro inferior izquierdo.

A la exploración: paresia para la flexión dorsal del pie izdo (2/5) y para la extensión de los dedos del mismo pie; Refiere disminución de sensibilidad tactoalgésica en el tercio distal del miembro inferior izquierdo (L4-L5) en la exploración.

14.08.19 Control por Neurocirugía: Ya intervenida. Debilidad en la flexión dorsal del pie una semana después de la cirugía. Mejoría clínica importante. Casi sin dolor. Pendiente de comenzar rehabilitación.

Inicia tratamiento rehabilitador el 23 de agosto de 2019.

09.10.19: Consulta de Neurocirugía: Acude con la muleta. Persiste debilidad en miembro inferior izquierdo. Dolor poco controlado en este momento. Pauta Arcoxia. Se solicita nueva Resonancia magnética.

16.11.19: Nueva resonancia magnética donde se observa que el material de artrodesis está normoposicionado. Apareciendo discopatía L4-L5 y L5-S1 con estenosis del canal y foraminal bilateral asociada.

10.12.19: Reinicia seguimiento en la Unidad del Dolor crónico para tratamiento farmacológico.

N.- El 1 de julio de 2020 se procede al alta por máxima mejoría en Rehabilitación. Presenta paresia para la flexión dorsal del pie izquierdo y para la extensión de los dedos del mismo pie. En cuanto a la disminución de la sensibilidad ésta ya existía con carácter previo a la cirugía.

Utiliza ortesis para miembro inferior izquierdo y la paciente refiere inestabilidad en la marcha, principalmente en exteriores para lo que usa bastón antebraquial.

O.- En estudio neurofisiológico electromiograma existe: Radiculopatía L5 y S1 izquierda, de intensidad moderada, de evolución crónica, sin signos de actividad denervativa aguda en el momento de la exploración.

Radiculopatía lumbar que ya existía con carácter previo a la cirugía practicada el 28.06.19.

El 17 de marzo de 2021 en consulta con Neurocirugía se solicita nuevamente Resonancia magnética que se realiza el 17 de mayo de 2021.

P.- En la última consulta de Neurocirugía el 19.05.2021, por el facultativo especialista describe el estudio de resonancia magnética donde se objetiva estenosis foraminal L5-S1 izquierda y plantea nueva intervención quirúrgica para extender la artrodesis y realizar foraminotomía. Consta que la paciente se lo pensará. Cita en agosto».

3. Tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), a los efectos de poder apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria, procede tener en cuenta que a la Administración lo que le es exigible en esta materia es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una

responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente.

Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

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

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

4. Consta en el expediente informe del SIP, 18 de agosto de 2021, del que, una vez analizada la historia clínica de la reclamante y los informes recabados durante el presente procedimiento, y a la vista también de los antecedentes expuestos anteriormente, cabe extraer las siguientes consideraciones:

1) En primer lugar, ha de determinarse si era correcta la indicación de la cirugía consistente en artrodesis de columna lumbar, llevada a cabo el 28 de junio de 2019.

Como se observa en los antecedentes de la historia clínica de la interesada, se trata de una paciente que desde 2007 inicia cuadro de dolor lumbar con irradiación a ambos miembros inferiores de carácter crónico que no cede con tratamiento analgésico ni conservador desde 2008 se encuentra en tratamiento en la Unidad del Dolor. Con posterioridad a ello y durante los años subsiguientes es sometida a múltiples tratamientos.

Así, se hace constar en el informe del SIP:

«Se observa que en el seguimiento, la reclamante manifiesta su voluntad de no ser intervenida quirúrgicamente hasta que presenta un deterioro clínico relevante a pesar de cuántas técnicas y tratamiento farmacológico con analgésicos opioides menores y mayores así como con neuromoduladores fueron indicados, decidiendo entonces someterse a cirugía.»

03.04.17: Consulta de Angiología y cirugía vascular: “Refiere falta de sensibilidad en miembro inferior izquierdo”

Resonancia Magnética lumbar 31.01.18: En la secuencia sagital T2 se observa rectificación de la lordosis fisiológica con disminución de la señal hídrica y altura de los discos desde L3 a S1. Asimismo, se observa espondilolistesis grado I en L4-L5 sin espondilolisis. Los cortes axiales muestran protrusión discal circunferencial de predominio medial en L4-L5 con hipertrofia de ligamentos amarillos y estenosis de canal. Imágenes con cambios postquirúrgicos en L5-S1. Protrusión discal circunferencial en L3-L4. Moderados signos artrósicos vertebrales y de articulaciones interapofisarias.

14.02.18 Consulta de Neurocirugía: “Molestias bilaterales con claudicación neurógena”.

C.-Hasta este momento tenemos a una paciente con radiculopatía lumbar crónica con sintomatología dolorosa a nivel lumbar que afecta al miembro inferior izquierdo con adormecimiento de pie, falta de sensibilidad, etc que a pesar de los sucesivos tratamientos indicados por la Unidad del Dolor crónico del HUC a lo largo de un tiempo prolongado no obtiene alivio.

Que en pruebas de imagen realizadas se observa afectación de región L3-L4, L4-L5. La afectación sufrida espondilolistesis consiste en el deslizamiento de una vértebra hacia adelante (generalmente las vértebras lumbares más bajas, L4 o L5) la cual puede llegar a comprimir la médula espinal.

La clínica de la espondilolistesis como en el presente caso incluye: -Dolor lumbar crónico. -Dolor que se inicia en la zona lumbar y puede extenderse por el muslo, la rodilla, los gemelos y el pie. Se debe a la compresión de las raíces nerviosas del nervio ciático que es el que recoge la sensibilidad de la pierna. A veces el dolor se manifiesta como una descarga eléctrica. El dolor suele aparecer en una única pierna pero en ocasiones puede afectar a las dos. -Si la raíz nerviosa se comprime de forma importante puede aparecer un déficit

neurológico en la pierna, con pérdida de sensibilidad (acorchamiento, hormigueo o anestesia) y debilidad, lo que puede dificultar su movilidad.

D.-Ante la persistencia y agravamiento de la sintomatología dolorosa y deficitaria el 8 de marzo de 2017 acepta ser incluida en lista de espera quirúrgica a fin de someterse a artrodesis L4-L5 cirugía de fijación lumbar posterior.

En notas clínicas de la Unidad del Dolor crónico 17.10.18 se expresa que la paciente presenta: “ (...) Dolor lumbar constante irradiado a miembro inferior izquierdo (...) Poco alivio con infiltraciones (...) Tratamiento con Yantil (Tapentadol)”».

Por tanto, la intervención quirúrgica practicada el 28 de junio de 2019 era adecuada y fue pautada correctamente para resolver su patología, dada la falta de respuesta de los tratamientos realizados con anterioridad para solventar las dolencias de la paciente.

En este momento, procede pronunciarse también sobre la alegación realizada por la interesada en la que alude a una eventual presión por parte de los servicios médicos en la realización de la intervención quirúrgica al aludir a la posibilidad de ser privada de los tratamientos médicos de los que se venía beneficiando, de no someterse a aquella.

Esta afirmación, no solo no encuentra sustento en la historia clínica de la reclamante, ni ha sido avalada por prueba alguna aportada por la interesada, sino que ha venido a rechazarse tajantemente por el informe emitido por el Servicio de Neurocirugía emitido el 25 de febrero de 2021 al señalar, como no podría ser de otro modo:

«Que en ningún momento existió insistencia por parte de ningún médico del Servicio de Neurocirugía para que la paciente se interviniese y, mucho menos, se le “amenazó” con una “pérdida del tratamiento” en el caso de que no se operase».

2) Por otro lado, en relación con la correcta realización de la cirugía, una vez indicada, también consta en la documenta médica, tanto su corrección desde el punto de vista médico como legal, constando en este sentido el correcto Documento de Consentimiento informado (DCI) firmado por el paciente.

Así, por un lado, en contra de lo que afirma la reclamante, con carácter previo a la intervención quirúrgica, aquella fue informada de la misma, firmando a tal fin el preceptivo DCI con fecha 28 de junio de 2019 (folios n.º 338 a 340 EA), en el que constan, entre los riesgos incluidos: *« (...) Déficit neurológico por afectación de las raíces nerviosas de tipo transitorio o persistente (...) ».*

Por otra parte, se informa de que « (...) los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que le hemos expuesto experimentando una mejoría de sus síntomas en un 60- 90% de las ocasiones (...) ».

En cuanto al curso de la intervención misma, en la hoja quirúrgica incorporada al expediente y en la documentación clínica de seguimiento postintervención, consta la inexistencia de incidencias intraoperatorias ni postoperatorias, explicándose en el informe del SIP:

«La intervención consistió en retirar el disco entre las dos vértebras L4-L5 sustituirlo por un dispositivo y colocar implantes metálicos como barras y tornillos para lograr la fusión vertebral. No tuvieron lugar incidencias intraoperatorias.»

Se trató de procedimiento guiado por radioscopia intraquirúrgica como método de control intraoperatorio para localizar la anatomía de la región y la colocación correcta de dispositivos en la cirugía de raquis.

Asimismo, en el acto quirúrgico se utilizó sistema de monitorización neurofisiológica operatoria. Este es un recurso empleado en la cirugía de columna lumbar que aumenta la seguridad del procedimiento y tiene como objetivo ayudar a mantener la integridad fisiológica de la médula espinal y los nervios raquídeos durante un procedimiento quirúrgico advirtiendo al cirujano de un posible daño o deterioro neurológico».

A lo que se añade que, posteriormente, en reanimación postanestésica consta:

«Miembro inferior izquierdo con poca fuerza (...) Se le pregunta a la paciente y refiere que no tiene más déficit que antes de operarse.» Por parte de anestesiólogo se refleja "Sin empeoramiento de su paresia de miembro inferior." Pasa a planta de hospitalización alrededor de las 19:00 h del 28 de junio de 2019».

La adecuada posición del material implantado fue corroborada mediante TAC realizado al día siguiente, 29 de junio de control donde no se observan alteraciones:

«Material de osteosíntesis a nivel de columna lumbar en niveles L4 y L5 así como dispositivo intersomático L4-L5 y laminectomía L4 izquierda».

Ningún elemento en la historia clínica permite sustentar la afirmación que hace la interesada en su reclamación atinente a la eventual existencia de «un pequeño problema» durante la intervención, que, al parecer, le manifestó, tras la misma, el neurocirujano. Ello se explica por éste en su informe al señalar:

«Que el "pequeño problema" al que hace referencia la paciente no existió en ningún momento durante la intervención quirúrgica. Con toda probabilidad, la paciente confunde las explicaciones que se le dieron tras el procedimiento, en el que relatábamos en qué había

consistido la intervención y las dificultades que habíamos encontrado, inherentes a cualquier cirugía de artrodesis lumbar».

Por tanto, también la realización de la intervención fue conforme a la *lex artis*.

3) Finalmente, en relación con los daños que actualmente padece la reclamante, procede señalar que en el informe de alta de enfermería tras la intervención quirúrgica se le indicó a la paciente que *«En caso de pérdida de fuerza y/o sensibilidad en MMII deberá acudir al Servicio de Urgencias de su centro de salud de Zona»*, así como tratamiento farmacológico pautado.

Sin embargo, la paciente acude a su centro de salud el 4 de julio de 2019 refiriendo no saber qué tomar, indicándole su médico de atención primaria lo que en el informe de alta le indicaron. En este momento no existe mención a dolor o debilidad.

Tampoco existe tal mención en consulta posterior de 9 de julio de 2019, cuando acude a retirada de grapas de la herida quirúrgica, no observándose ninguna incidencia.

Tampoco hay mención de dolor o debilidad el 12 de julio de 2019 cuando acude a buscar recetas de Clexane 2000 UI, que, en contra de lo manifestado por la interesada, es medicación que le fue pautada por el Neurocirujano.

No es hasta el 24 de julio de 2019, casi un mes después de la intervención quirúrgica, cuando por primera vez alude la paciente, en consulta con el neurocirujano, a la limitación en la flexión dorsal del pie izquierdo, cursando éste interconsulta urgente al Servicio de Rehabilitación por presentar un cuadro de debilidad para la dorsiflexión del pie izquierdo con alteraciones sensitivas territorio L5 y S1.

Ante tales circunstancias explica el informe del Servicio de Neurocirugía:

«- Que las molestias que presentaba la paciente tras la intervención se encontraban dentro de lo esperable por este tipo de cirugías, alcanzando un buen control del dolor con analgesia de primer y segundo escalón y sin necesidad de la PCA, tal y como se recoge en los comentarios de Enfermería.

- Que tal y como se recoge en la historia clínica, la paciente acudió a Consultas Externas el día 14/08/2019, caminando sin ayuda y presentando la debilidad que, tal y como refleja en la historia clínica, la paciente indica que se inició una semana después de la cirugía. Cabe destacar que la cirugía se realizó con monitorización neurofisiológica y que ésta no mostró

incidencias. Asimismo, la paciente no mostraba este déficit en el momento del alta. Por todo ello, resulta complicado asumir que el déficit que presenta la paciente esté relacionado con alguna praxis del equipo médico que la intervino».

Ciertamente, en el presente caso, se plantea la procedencia de una nueva intervención quirúrgica (en consulta de Neurocirugía de 19 de mayo de 2021), pese a la mejoría alcanzada inicialmente, para extender la artrodesis y realizar foraminotomía: pero, lejos de poder acreditarse la imprescindible conexión causal de la expresada circunstancia con la asistencia sanitaria concreta por la que se reclama, lo que resulta del expediente es que dicha asistencia fue conforme a la *lex artis* y, además, en su caso, sus eventuales riesgos figuran en último extremo cubiertos por el DCI suscrito por la interesada.

5. Por las razones expuestas, no concurren los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.