



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 7 4 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de diciembre 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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 536/2021 IDS)\*.*

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 28 de mayo de 2020 por la representación de (...) y (...), por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a (...).

2. Las interesadas cuantifican una indemnización superior a los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

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

5. El órgano competente para instruir y resolver 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La sucesión de hechos, según las reclamantes, es la siguiente:

(...), de 75 años, se cayó en su casa de manera accidental el día 28 de mayo de 2019, siendo trasladada de urgencia con sospecha de ictus al Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, donde tras realizarle pruebas, fue diagnosticada de fractura de la porción osificada del ligamento anterior de la columna a nivel de C3-C4 y mínima fractura de la porción anterior del cuerpo de C4. Hernia discal paracentral izquierda de C4 C5. Rotura del complejo ligamentario posterior. Hematoma intrarraquídeo en C4-C5.

Por tanto, se descarta la inicial sospecha de ictus y se considera una caída propia de la edad, de 75 años en la fecha de los hechos.

Estando ingresada (...) en la Unidad de Raquis del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, a la espera de una operación quirúrgica de fijación quirúrgica instrumentada, mientras se suspendía la toma de Adiro, por su efecto anticoagulante, es cuando suceden los hechos por los que reclamamos, durante la noche del día 2 de junio de 2019 cuando la analgesia necesaria para mantener en calma a la paciente, pautaada por el servicio médico y administrada por el personal de enfermería, no consigue calmar los intensos dolores que le producían sus lesiones a nivel cervical.

Esa noche, (...) sufre, según las reclamantes, una crisis de agitación muy severa causada por la falta o insuficiencia de analgesia y sedación que había sido pautaada por el personal médico, dada la situación de la paciente.

La vía por la que se suministraba la medicación se encontraba obstruida o extravasada, de tal manera que la medicación no entraba en su cuerpo de la manera prevista, no produciendo el efecto prescrito.

Durante esa fatídica noche, ninguno de los empleados del Servicio Canario de la Salud hizo nada por aliviar los dolores de (...), quien sufrió un calvario de tal magnitud que, a pesar de su avanzada edad y la limitación de movilidad por el collarín que portaba, lesionó sus vértebras cervicales.

Tras valoración a la mañana siguiente por el médico de planta, a la vista de la RMN en la Unidad de Raquis del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, se objetiva Tetraplejia completa con Bíceps bilateral 1/5, por lo que se decide cirugía urgente para el día siguiente 3 de junio de 2019, con descompresión y artrodesis cervical para intentar reconducir la lesión producida a nivel C4 con laminectomía, más artrodesis cervical posterior C3-C6. Tras la cirugía, es extubada el mismo día 3 de junio de 2019 sin haber conseguido revertir la tetraplejia completa con nivel C5, causada la noche anterior a consecuencia de la crisis de agitación.

2. Con fecha 11 de diciembre de 2020 fue solicitado por el letrado certificación de silencio administrativo que fue emitido el 17 de diciembre de 2020.

El 19 de febrero de 2021 el Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 4, (Procedimiento Ordinario 49/2021) solicita copia del expediente administrativo.

3. El SIP, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- «La paciente de 75 años, cuenta con antecedentes, entre otros, de Enfermedad de Forestier, lo que significa que se produce una hiperostosis anquilosante senil de la columna vertebral por osificación del ligamento longitudinal anterior vertebral. Artrosis cervical, polidiscopatía C2-D1, y dolor cervical diario y continuo. Estenosis severa del canal lumbar a nivel L4-L5, con dolor lumbar diario y continuo, motivos por los cuales había requerido tratamiento por la Unidad del Dolor Crónico. Tiroidectomía, con alteración del habla posterior. Síndrome mieloproliferativo crónico (neoplasia hematológica que causa una producción anómalas de células sanguíneas, provocando entre otras alteraciones, la trombocitosis, lo que incrementa el riesgo de trombosis), por lo que tiene tratamiento crónico con anticoagulante Adiro.

- Tras sufrir un episodio de caída en su domicilio, y ser encontrada por familiares estos aprecian debilidad en hemicuerpo izquierdo e intensa cervicalgia, con dificultad para el traslado, motivos por los cuales es traída al Servicio de Urgencias del HUGCDN el 28/05/19, quedando ingresada, con la sospecha de Accidente Cerebrovascular (ACV o Ictus), a las 20:40 horas.

- La exploración física a su llegada describe está normotensa, afebril y eupneica. A nivel neurológico está consciente, orientada, colaboradora. Su lenguaje es fluido sin elementos afásicos. Presenta disartria moderada, parálisis facial central izquierda, plejía de miembro inferior izquierdo (MIi), con reflejo cutáneo plantar (RCP) indiferente. Balance muscular (movilidad) de miembro superior izquierdo (MSI): proximal 0/5, distal 2/5. Hipotonía en extremidades izquierdas. No extinción sensitiva. Niega hipoestesia.

- Se le realizan exámenes complementarios, a destacar estudios de imagen TAC/AngioTAC con los que se descarta la existencia de lesiones cerebrales tanto hemorrágicas como isquémicas y se verifica la permeabilidad arterial (carotídeas, vasos proximales del Polígono de Willis, segmento A1 de la arteria cerebral anterior derecha y del bulbo carotídeo derecho).

- A nivel de columna cervical el estudio de AngioTAC objetiva hiperostosis esquelética difusa con osificación de ligamento longitudinal anterior y evidencia de DISH, secundaria a su patología de base. También aprecia fractura de la porción osificada del ligamento longitudinal anterior a la altura de vértebras cervicales C3-C4, con mínimo desplazamiento anterior de fragmentos. No se evidencia pérdida significativa de altura de los cuerpos vertebrales ni signos radiológicos que sugieran ocupación del canal raquídeo.

- En la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cervical se aprecian cambios secundarios a la fractura de la osificación del ligamento longitudinal anterior en C3-C4 (a nivel del segmento que forman las vértebras C3-C4) y del soma C4. Leve retropulsión del muro posterior hacia canal raquídeo. Edema intrasomático. Se identifica hernia discal paracentral izquierda (ya conocida previamente pero en menor tamaño y de localización posterocentral). Rotura del complejo ligamentario posterior a este nivel con edema en partes blandas

*paravertebrales. Hematoma intrarraquídeo de localización epidural posterolateral izquierda en segmento C4-C5. Compresión del cordón medular a este nivel con incremento de señal T2 en relación a mielopatía-contusión. Hematoma prevertebral que asciende hasta la región de nasofaringe. Las imágenes no sugieren la existencia de sangrado intramedular.*

*- La exploración física neurológica realizada por Neurólogo, describe posible parálisis facial y disartria (puede hacer uso del lenguaje pero tiene dificultad para hablar por alteración en el control de los músculos y movimientos que permiten el habla, dificultad que tiene desde que le extirparon la tiroides) Paresia (pérdida de fuerza muscular parcial) de miembros izquierdos: MSI 3/5, MII 3/5. Babinski bilateral. Sensibilidad normal.*

*- En su evolución, Neurología describe que el cuadro clínico sugiere contusión medular dada la secuencia clínica tras caída y traumatismo, asociando a posteriori la debilidad y la cervicalgia, que ha obtenido mejoría progresiva al día siguiente de la caída (29/05/19), con la inmovilización del cuello, teniendo un balance muscular en extremidades izquierdas de 3/5.*

*- Descartada patología cerebrovascular (Ictus), y objetivada la lesión a nivel cervical es valorada por Unidad de Raquis. Presenta fractura C4 con afectación de estructuras capsuloligamentosas posteriores. Contusión medular C4-C5. Hematoma prevertebral. Hematoma epidural posterior izquierdo. Las lesiones son consideradas subsidiarias de tratamiento quirúrgico mediante laminectomía descompresiva y artrodesis cervical posterior, si bien dada la mejoría neurológica experimentada y su estabilidad clínica actual dicho procedimiento no es urgente, sino que se realizará con carácter preferente, de lo cual es informada la paciente y su familia.*

*- Tiene indicado reposo absoluto y uso de collarín cervical rígido permanente. Puede incorporarse el cabecero 30º principalmente para comer. Debe movilizarse en bloque. Se ajusta tratamiento médico incluido medicación oral.*

*- Ese mismo día (29/05/19) es trasladada a la Unidad de Raquis, teniendo un balance muscular al traslado a Raquis de 3/5 en miembros izquierdos. Valoradas las pruebas de imagen se objetiva fractura de las tres columnas sin desplazamiento de la C4-C5 que requiere fijación quirúrgica instrumentada con monitorización neurofisiológica. Se suspende Adiro y se reserva quirófano de cirugía programada.*

*- En los días sucesivos es valorada diariamente por un Médico de la Unidad de Raquis, manteniéndose estable neurológicamente, con collarín ortopédico rígido permanente y reposo absoluto en cama, siendo programada la intervención para el día 04/06/19, para lo cual queda firmado el consentimiento informado. En evolutivos queda descrito está estable, afebril, dolor controlado con analgesia pautada (primero paracetamol que fue modificado a metamizol 2gr vía intravenosa (IV) cada 8 horas). Porta sonda vesical permeable y se le administra sueroterapia a través de vía venosa periférica permeable.*

- En comentarios evolutivos de enfermería del día 02/06/19, queda reflejado que, luego de administrada su pauta de analgesia (metamizol 2g IV a las 24:00h), siendo la 1:00h refiere mucho dolor y está algo nerviosa (agitada). Es avisado médico de guardia que indica administrar cloruro mórfico 3 mg vía subcutánea y medio inyectable de valium (5 mg) IV. Luego de ello hay mejoría del dolor y la paciente se duerme. En los comentarios se aprecia que la paciente está hemodinámicamente estable y afebril.

- A las 7:00h despierta con dolor y se le administra pauta analgésica: nolotil 2 gr IV(según el gráfico de enfermería), tras lo cual presenta episodio de hipotensión y bradicardia (sudoración, náuseas, seguidas de desconexión del medio y disminución de la saturación de oxígeno). Valorada por médico de guardia, se le administra oxigenoterapia y se le canaliza nueva vía venosa periférica realizándose analítica y administrándose gelafundina y anexate (tratamiento específico para los nuevos síntomas), tras lo cual la paciente presenta mejoría clínica, estando más orientada, recuperando la saturación de oxígeno y la tensión arterial, lo cual consta descrito a las 7:34h.

- Valorada por el Médico de la Unidad de Raquis, se aprecia menos reactiva y presenta tetraplejía, con sólo 1/5 en balance muscular de bíceps bilateral. Afebril, hemodinámicamente estable, buena saturación de oxígeno sin oxigenoterapia. La analítica muestra hemoglobina de 7,4 g/dl, por lo que se pauta administrar dos concentrados de hemáties, además de corticoide (antiinflamatorio) y sueroterapia, con cloruro de potasio suplementario, para corregir niveles séricos apreciados en control analítico. Ante el empeoramiento neurológico brusco, con tetraplejía se solicita RMN cervical urgente.

- En la RMN cervical se aprecia aumento de volumen del hematoma intrarraquídeo de localización epidural posterolateral izquierda en C4-C5, hallazgo que se acompaña de una mayor compresión del cordón medular a este nivel con severo incremento de señal T2 en relación a mielopatía-contusión. No datos de sangrado intramedular. Resto de hallazgos son similares al estudio previo. En su valoración el Médico de la Unidad de Raquis, describe aumento del edema intramedular, que abarca C3-C5, y del hematoma epidural posterior izquierdo. No apreciando desplazamiento de la fractura. Ante la nueva situación se indica intervención quirúrgica urgente, lo cual se le explica a paciente y familia (marido e hija), quedando firmado el consentimiento informado.

- La paciente llega a quirófano consciente, conectada con el medio, eupneica, hemodinámicamente estable, portando collarín cervical. Balance muscular: no presenta movilidad en miembros inferiores. Movilidad en MSD1/5 y en MSI 2/5. Se realiza intubación orotraqueal (IOT), manteniendo collarín, con fibroscopio en posición neutra, anestesia de la vía aérea y sedación ligera; sin incidencias.

- Le es realizado procedimiento quirúrgico bajo anestesia general, en posición decúbito prono, movilización de la paciente en bloque y control por Traumatólogo, mediante

*descompresión C3-C5, laminectomía C4, y artrodesis cervical posterior C3-C6. No se describen incidencias intraoperatorias, ni durante su estancia en reanimación.*

*- Al día siguiente de la intervención (03/06/2019), se retira sedación y tras comprobar que responde ordenes se decide extubar, sin incidencias. En la exploración persiste tetraplejía completa con nivel C5 (bíceps braquial 2/5 bilateral), realizando leve elevación de ambos hombros. Se informa sobre los cuidados y medidas de protección a seguir en el plan de tratamiento. Se informa a paciente que se debe esperar la evolución. Se inicia ese mismo día fisioterapia y rehabilitación tanto respiratoria como de extremidades.*

*- Tras la cirugía, la herida quirúrgica muestra una evolución favorable y la radiografía de control es satisfactoria, mostrando correcta ubicación de los implantes. Se sigue su evolución y sigue recibiendo tratamiento y cuidados requeridos, así como tratamiento fisioterápico, estando consciente, con estado de ánimo depresivo, pupilas isocóricas y normorreactivas. A nivel neurológico presenta tetraplejía completa, con nivel neurológico C5: moviliza cintura escapular de manera bilateral (eleva ambos hombros). Movilidad miembros superiores: bíceps bilateral 2/5 (flexiona el brazo aunque no contra la gravedad). Resto 0/5 (no movilidad). Hipoestesia generalizada a partir de la metámera T2. Insuficiencia respiratoria por hipoventilación. Dada su evolución se decide traslado a la Unidad de Lesionados Medulares (ULM) del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, siendo trasladada el 12/06/19, para tratamiento y rehabilitación por su parte.*

*- Desde el 16 de octubre de 2019 hasta la actualidad permanece ingresada a cargo del Servicio Canario de la Salud en planta de Medicina Interna del Hospital (...).*

A partir de los hechos descritos el Informe del SIP alcanza las siguientes conclusiones:

*«1.- El día 28/05/19, la paciente había sufrido una caída en su domicilio, y tras ser encontrada por sus familiares apreciando debilidad en hemicuerpo izquierdo e intensa cervicalgia, es trasladada al Servicio de Urgencias Hospitalario. En la valoración realizada a su llegada destaca parálisis de miembro inferior izquierdo y movilidad 2/5 (no vence la gravedad) en miembro superior izquierdo (solo a nivel distal), con hipotonía de dichas extremidades, cierta dificultad para el habla y una posible parálisis facial. Bajo la sospecha de Accidente Cerebrovascular, se activó el Código Ictus, se realizaron de forma urgente las pruebas de imagen requeridas (TAC y Angio-TAC), y la paciente quedó hospitalizada en el Servicio de Neurología. La actuación ante la sospecha de la presencia de un Ictus, se llevó a cabo de forma inmediata, conforme a las normas y protocolos de actuación vigentes.*

*2.- Una vez se descartó la presencia de enfermedad cerebrovascular aguda, y realizada prueba de RMN (29/05/19), con evidencia de lesión a nivel cervical, fue valorada por Unidad de Raquis con el diagnóstico de fractura C4 con afectación de estructuras*

*capsuloligamentosas posteriores. Contusión medular C4-C5. Hematoma prevertebral. Hematoma epidural posterior izquierdo. Asimismo, se constata en evolución clínica que la paciente al día siguiente de la lesión había obtenido una mejoría progresiva con la inmovilización del cuello, teniendo un balance muscular en extremidades izquierdas de 3/5 (puede ejecutar el movimiento completo y contra la acción de la gravedad pero no contra una resistencia).*

*3.- Si bien, la paciente es subsidiaria de tratamiento quirúrgico mediante laminectomía y artrodesis cervical posterior, su estabilidad clínica y la mejoría experimentada son indicativos de un procedimiento no urgente, por lo que se llevaría a cabo con carácter preferente, lo cual queda informado a paciente y familiares. Por parte de Unidad de Raquis se le ajusta tratamiento, se le indica reposo absoluto, uso de collarín cervical rígido permanente, movilización en bloque, pudiendo incorporarse el cabecero 30° principalmente para comer.*

*Se indica traslado a Unidad de Raquis lo cual es realizado ese mismo día. A la paciente le fueron realizadas las pruebas diagnósticas precisas, su valoración por la Unidad de Raquis fue igualmente oportuna, así como el tratamiento y cuidados prescritos, y la información facilitada a la paciente y familiares.*

*4.- La presencia de una fractura cervical sin desplazamiento, y sin compresión neurológica, la evidencia de mejoría neurológica al día siguiente del ingreso, con estabilidad neurológica en días posteriores, en una paciente en reposo absoluto, que porta con buena tolerancia una ortesis cervical rígida con apoyo occipital y mentoniano, es decir, la columna cervical estaba inmovilizada, con estabilización vertebral y del foco de fractura de forma ortopédica como paso previo a la estabilización quirúrgica, lo cual permite considerar que el tratamiento y cuidados estaban siendo ajustados a lo que el proceso requería.*

*5.- La paciente debido a enfermedad hematológica tenía tratamiento crónico con antiagregante (anticoagulante) adiro, lo cual hacía necesario suspender el tratamiento cinco días previos a la cirugía, ello se realiza como norma ya que su uso aumenta el sangrado durante y después de la intervención, lo cual en su caso produciría un mayor perjuicio y complicaciones evitables.*

*Esta circunstancia, y su estabilidad clínica y neurológica determinan que se programe la cirugía con carácter preferente el día 04/06/19. Ello permite apreciar que se estaba actuando conforme a las buenas prácticas.*

*6.- La evolución era valorada diariamente por un médico de dicha Unidad, comprobándose su estabilidad clínica y neurológica. La paciente portaba una vía venosa periférica permeable por la que se administraba tratamiento. Según consta en la historia clínica e informe del Jefe de Unidad de Raquis, el dolor se mantenía controlado con analgesia intravenosa, además de medicación ansiolítica e hipnótica vía oral, con adecuado descanso nocturno.*

7.- En la madrugada del día 02/06/19, luego de haber sido administrada su pauta habitual analgésica (metamizol 2g IV a las 24:00h), siendo la 1:00h la paciente presenta un episodio de dolor y agitación. Por ello, le es administrado por indicación médica, medicación suplementaria con cloruro mórfico 3 mg vía subcutánea y medio inyectable de valium (5 mg) intravenoso.

Luego de ello la paciente mejora y se duerme.

8.- De la información anterior se desprende que, la paciente hasta ese momento tenía el dolor controlado con la medicación analgésica pautada, además se le administraba medicación ansiolítica e hipnótica para su adecuado descanso nocturno. También tenía su collarín rígido ortopédico permanente para la inmovilización y estabilización de la columna cervical. Es decir, si bien a la paciente le sobreviene un episodio de dolor y agitación, no es por un tratamiento inadecuado o por la falta del mismo. A ella se le administraba el adecuado tratamiento analgésico y ansiolítico para el control del dolor, la posible ansiedad y el descanso nocturno, hasta el momento con buen control. De ello se deduce que el incremento repentino del dolor cervical pudo derivar de un episodio sobrevenido de agitación, lo cual no es infrecuente en los pacientes ancianos ingresados (entorno ajeno, cambio de rutinas y hábitos), y que fue la movilización brusca y repetida del cuello lo que provocó daño en la columna cervical, pese a la estabilización-protección con ortesis rígida del cuello, y ello secundariamente provocó el dolor. Las actuaciones y tratamientos administrados estaban siendo adecuados y ajustados a las necesidades requeridas.

9.- También ante este repentino episodio fue correctamente tratada con la administración de cloruro mórfico 3 mg vía subcutánea y medio inyectable de valium (5 mg) intravenoso.

Luego de ello, la paciente mejora y se duerme. No se puede deducir de esta actuación que tanto el tratamiento anterior como el de rescate fueran incorrectos, o que la vía venosa periférica no fuera permeable o existiera un mal funcionamiento de la misma: los fármacos tanto el analgésico habitual, como el ansiolítico de rescate ante el episodio de agitación, de haber estado obstruida la vía venosa no se hubieran perfundido en el torrente sanguíneo quedándose en la solución, por lo que la enfermera hubiera tenido que canalizar una nueva vía venosa para administrar dichos fármacos. Asimismo, de estar obstruida la vía venosa, se hubiera visto la medicación extravasada, acumulada en el tejido extravascular (fuera de la vena), lo cual no fue objetivado. En cualquier caso, esta situación que podía haber ocurrido, y cuya solución forma parte del trabajo cotidiano de enfermería, no ocurrió, y tanto la agitación como el dolor se calmaron, de lo cual se deriva que la medicación, no sólo estaba bien administrada, sino también que surtió efecto.

10.- A las 7:00h la paciente despierta con dolor, administrándose su pauta analgésica prescrita (nolotil 2 gr IV), tras lo cual presenta episodio de hipotensión, bradicardia y

disminución de la saturación de oxígeno. Es decir, en mi opinión, la paciente sufre una reacción adversa puntual, tras la medicación analgésica necesaria, dato que confirma, también, la permeabilidad de la vía venosa y la adecuada absorción de la medicación por esa vía hasta ese momento.

11.- Ante los nuevos síntomas, la paciente es valorada por el médico de guardia, realizándose electrocardiograma, administrándose oxigenoterapia e indicándose realizar analítica y administrar nueva medicación específica, para lo cual, de forma adecuada, se canaliza nueva vía venosa periférica. Tras su asistencia rápida y apropiada, la paciente presenta mejoría clínica recuperando la saturación de oxígeno y la tensión arterial, y estando más orientada. La actuación médica y de enfermería son las razonables en ese contexto, y en modo alguno puede deducirse de ello, negligencia o mala práctica.

12.- También, la paciente es valorada por el Médico de la Unidad, Dr. (...), constatándose empeoramiento neurológico con tetraplejía completa instaurada con nivel neurológico C5, por lo que se realizan inmediatamente las pruebas diagnósticas necesarias que resultaron con un aumento del edema intramedular, que abarca C3-C5, y del hematoma epidural posterior izquierdo, con compresión neurológica, sin desplazamiento de la fractura.

Ante la nueva lesión neurológica provocada por los movimientos bruscos y repetidos del cuello durante el cuadro de agitación, se indica intervención quirúrgica urgente, lo cual se le explica a paciente y familia (marido e hija), quedando firmado el consentimiento informado.

13.- Una vez se tiene y valoran la pruebas diagnóstica (RMN) y se indica la intervención quirúrgica, esta es realizada, practicándose descompresión y estabilización de la columna cervical, intervención realizada de forma rápida, guardando las normas y protocolos, y sin incidencias.

14.- Aunque la cirugía se realizó sin complicaciones asociadas, con la misma no se consiguió un resultado clínico satisfactorio por lo que se precisó del traslado de la paciente a la Unidad de Lesionados Medulares para su rehabilitación intensiva y, posteriormente, según informe aportado por los propios reclamantes pasa al Hospital de (...), donde se continúa con sus cuidados y rehabilitación a cargo del Sistema Canario de la Salud. Tanto la paciente como su familia conocían, entendían y habían asumido con la firma del consentimiento informado que no había garantía de resultados dada la naturaleza de la ciencia médica.

15.- Por lo tanto, apreciamos una correcta actuación de los servicios implicados, tanto en la valoración, manejo, estudios, tratamientos y cuidados, siguiendo una práctica clínica adecuada y poniendo a disposición de la paciente todos los medios disponibles a su alcance.

No existe prueba objetiva alguna de que existiera un mal funcionamiento de la vía venosa periférica que impidiese la adecuada entrada de la medicación analgésica y ansiolítica al torrente sanguíneo, sino todo lo contrario. La nueva lesión cervical y empeoramiento neurológico padecido tras el episodio de agitación no se produjeron por un

mal manejo, déficit de cuidados o insuficiente tratamiento de la paciente, sino a pesar de ellos, por lo que, a nuestro entender, se actuó conforme a la *lex artis ad hoc*.

Pese a no darse los requisitos necesarios para el reconocimiento de responsabilidad patrimonial, dado el curso actual Contencioso-Administrativo de esta Reclamación Patrimonial, pasamos a valorar cuantificación de la misma. Para ello utilizamos la Ley de 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, y su cuantías para el año 2019, según Resolución de 20 de marzo de 2019, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Edad de la paciente: 75 años. Año en que se producen los hechos: 2019. Indemnizaciones por lesiones temporales. Tabla III: Por perjuicio personal particular: No procedería indemnizar por días hospitalarios entre el 28/05 y el 11/06/19: La paciente había sufrido una fractura en columna cervical con afectación medular (mielopatía-contusión), secundario a una caída en su domicilio, para lo cual requería hospitalización y reposo absoluto, por lo que los días de hospitalización entre el 28/05 y el 11/06/2019 (15 días), pueden considerarse los requeridos para tratamiento, intervención quirúrgica, seguimiento y tratamiento postquirúrgico hospitalario, de su lesión inicial, no subsidiarios de indemnización.

Procedería indemnizar por los días de hospitalización en La Unidad de Lesionados Medulares (ULM) entre el 12/06/19 y el 04/11/19, fecha en la que es dada de alta por máxima mejoría posible. Esto sería  $19 + 31 + 31 + 30 + 31 + 4 = 146$  días. Se indemnizaría 77,61 € por día de perjuicio grave (hospitalizada en ULM).  $77,61 \text{ €} \times 146 \text{ días} = 11.331,06 \text{ €}$ .

Lesiones permanentes-funcionales y su daño moral inherente (Secuelas): Dado el diagnóstico al alta de Unidad de Lesionados Medulares de Síndrome de lesión medular incompleta motora, incompleta sensitiva nivel C4, ASIA C, es decir, balance muscular menor de 3 (lo que se corresponde con un grado de 0-2 de la escala de Oxford del balance muscular), Vejiga neurógena. Intestino neurógeno. Consideramos secuela de Tetraparesia grave que se puntuaría con el máximo de 85 puntos. Aplicados art. 100: secuela que agrava un estado previo y, considerando que inicialmente estaba constatada una fractura vertebral de más del 50% ya que afectaba a las tres columnas del segmento C4-C5, considerando una puntuación máxima de 15 puntos, resultaría tras aplicar fórmula:  $(M - m) / [1 - (m/100)]$ . Donde "M" es la puntuación de la secuela en el estado actual y "m" es la puntuación de la secuela preexistente, el siguiente perjuicio: Perjuicio básico: Perjuicio psicofísico 83 puntos: Serían 188.871,94 €.

Perjuicio estético muy importante (31-40): valoramos una cifra intermedia: 35 puntos. Serían: 46.924,98 €

Perjuicio particular: Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico: valoramos 19.868,86 €

*Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida muy grave ocasionada por las secuelas: serían 93.135,30 €*

*No procedería daños morales complementarios por perjuicio estético, al haber recibido una puntuación inferior a 36 puntos y dado que en este parámetro no se tiene en cuenta la afectación en las actividades del lesionado.*

*No se indemnizaría por pérdida de calidad de vida de familiares, dado que la paciente vive y recibe atención y cuidados continuados en un centro hospitalario, a cargo del sistema público de salud.*

*Perjuicio Patrimonial. Daño emergente: No se indemnizaría por necesidad de rehabilitación domiciliaria o ambulatoria, incremento de costes de movilidad, o cualquier otro gasto que no se ha acreditado, y que soporta el Servicio Canario de la Salud, al estar la paciente residiendo y recibiendo atención, cuidados, rehabilitación y tratamientos, de forma permanente en una entidad hospitalaria.*

*La suma de las cantidades arriba reseñadas, equivaldría a 360.132,14 €.*

*Asimismo, considerando que de realizar las cosas de otra manera en la franja horaria de las 12 de la noche y la 1:00 de la mañana, no garantiza que hubiera sucedido lo contrario; en el supuesto de indemnización, ésta sería por daño moral, por la pérdida de oportunidad, que estimaríamos en el 75% de la cantidad resultante, por lo que el hipotético quantum final indemnizatorio, lo estimaríamos en 270.099,105 €».*

4. Se acuerda trámite de Audiencia, pero las interesadas no formularon alegación alguna.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada, al entender que no concurren los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, ya que no se aprecia que las medidas aplicadas a la enferma para mitigar su dolor, tal como alegan las interesadas, hayan sido insuficientes, poco diligentes o ineficaces.

### III

1. La sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma 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 n.º 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».*

Por lo demás, la sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara lo siguiente:

*«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».*

Así, pues, no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados a su alcance; pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar sólo 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. En el presente caso, las reclamantes achacan mala praxis a la asistencia sanitaria recibida por la paciente, que objetivan, por una parte, en la *«falta o insuficiencia de analgesia y sedación que había sido pautaada por el personal médico, dada la situación de la paciente y que, esa noche nadie hizo nada por aliviar los*

*dolores de la paciente», mientras que, por otra, en que «la vía por la que se suministraba la medicación se encontraba obstruida o extravasada, de tal manera que la medicación no entraba en su cuerpo de la manera prevista, no produciendo el efecto prescrito».*

Sin embargo, está acreditado en el expediente que la atención prestada se ajustó a *lex artis* y que no se produjo ningún problema en la administración de la medicación que precisó la paciente. En efecto, respecto del funcionamiento de la vía periférica la Dirección de enfermería informa que ésta se encontraba correctamente canalizada y se administró la medicación de manera adecuada. Por su parte, el informe del SIP concluye, entre otras cuestiones, que la paciente portaba una vía venosa periférica permeable por la que se administraba tratamiento. Según consta en la historia clínica e informe del Jefe de Unidad de Raquis, el dolor se mantenía controlado con analgesia intravenosa, además de medicación ansiolítica e hipnótica vía oral, con adecuado descanso nocturno. En la madrugada del día 02/06/19, luego de haber sido administrada su pauta habitual analgésica (metamizol 2g IV a las 24:00h), siendo la 1:00h la paciente presenta un episodio de dolor y agitación. Por ello, le es administrado por indicación médica, medicación suplementaria con cloruro mórfico 3 mg vía subcutánea y medio inyectable de valium (5 mg) intravenoso. Luego de ello la paciente mejora y se duerme.

De la información anterior se desprende que la paciente hasta ese momento tenía el dolor controlado con la medicación analgésica pautada, además se le administraba medicación ansiolítica e hipnótica para su adecuado descanso nocturno. También tenía su collarín rígido ortopédico permanente para la inmovilización y estabilización de la columna cervical. Es decir, si bien a la paciente le sobreviene un episodio de dolor y agitación, no es por un tratamiento inadecuado o por la falta del mismo. A ella se le administraba el adecuado tratamiento analgésico y ansiolítico para el control del dolor, la posible ansiedad y el descanso nocturno, hasta el momento con buen control. De ello se deduce que el incremento repentino del dolor cervical pudo derivar de un episodio sobrevenido de agitación. Las actuaciones y tratamientos administrados estaban siendo adecuados y ajustados a las necesidades requeridas.

El SIP también informa que, ante este repentino episodio, fue correctamente tratada con la administración de cloruro mórfico 3 mg vía subcutánea y medio inyectable de valium (5 mg) intravenoso.

En definitiva, para el SIP no se puede deducir de esta actuación que tanto el tratamiento anterior como el de rescate fueran incorrectos, o que la vía venosa periférica no fuera permeable o existiera un mal funcionamiento de la misma: los fármacos tanto el analgésico habitual, como el ansiolítico de rescate ante el episodio de agitación, de haber estado obstruida la vía venosa no se hubieran perfundido en el torrente sanguíneo quedándose en la solución, por lo que la enfermera hubiera tenido que canalizar una nueva vía venosa para administrar dichos fármacos. Asimismo, de estar obstruida la vía venosa, se hubiera visto la medicación extravasada, acumulada en el tejido extravascular (fuera de la vena), lo cual no fue objetivado.

En cualquier caso, el SIP se muestra categórico al entender que esta situación que podía haber ocurrido, y cuya solución forma parte del trabajo cotidiano de enfermería, no ocurrió, y tanto la agitación como el dolor se calmaron, de lo cual se deriva que la medicación, no sólo estaba bien administrada, sino también que surtió efecto.

En fin, no se aprecia la existencia de prueba objetiva alguna de que hubiera un mal funcionamiento de la vía venosa periférica que impidiese la adecuada entrada de la medicación analgésica y ansiolítica al torrente sanguíneo, sino todo lo contrario, de ahí que, según el SIP, *«la nueva lesión cervical y empeoramiento neurológico padecido tras el episodio de agitación no se produjeron por un mal manejo, déficit de cuidados o insuficiente tratamiento de la paciente, sino a pesar de ellos (...)»*, por lo que *“se actuó conforme a la lex artis ad hoc”*.

De todo lo anterior, este Consejo coincide con el SIP en que hubo una correcta actuación de los servicios implicados, tanto en la valoración, manejo y estudios como en los tratamientos y cuidados, siguiendo una práctica clínica adecuada y poniendo a disposición de la paciente todos los medios disponibles a su alcance.

En definitiva, no ha resultado probado que las molestias y dolores padecidos por la paciente fueran consecuencia de la asistencia sanitaria recibida por la paciente, antes al contrario, la misma ha sido en todo momento la adecuada, de lo que se desprende que no concurre la necesaria relación de causalidad entre los daños por los que se reclama y la actuación del servicio público sanitario, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad promovida por las interesadas, se ajusta a Derecho.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la pretensión resarcitoria de las reclamantes, se ajusta a Derecho.