Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 4 1 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 6 de noviembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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. 612/2024 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 Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Ha de advertirse que, si bien el reclamante no cuantifica la indemnización solicitada [ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo], la Administración ha solicitado el presente dictamen; por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones [*v.gr.*, Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril, 493/2021, de 14 de octubre o 357/2024, de 20 de junio].

Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la competencia de la persona titular de la Consejería 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 [LCC], en relación con el art. 81.2, de

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas [en adelante, LPACAP].

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. 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.

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 Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación 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 Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que el reclamante ostenta la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

5.2. 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 de la acción [art. 67.1 LPACAP]. Extremo éste que no es cuestionado por la Administración sanitaria ni en el expediente ni en su Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No

obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21 LPACAP].

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

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

1. El procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial se inicia el día 11 de febrero de 2021 mediante la presentación de escrito de reclamación por parte del perjudicado [(...)] en el que éste interesa 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 dispensada por el sistema público de sanidad.

En este sentido, el reclamante fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos -folios 4 y ss.-:

«PRIMERO. Que el pasado día (...) 28 de diciembre de 2019, cuando iba conduciendo el mi vehículo ( ), en la zona sita en la calle (...) ,de la ciudad de Las Palmas de G.C., a la altura de la (...), dirección Norte, tuve un accidente resultando gravemente lesionado siendo posteriormente traslado por el Servicio de Ambulancias del SCS del Gobierno de Canarias a la Unidad de Urgencias del Hospital Insular de esta ciudad, ingresando en el Centro COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL a las 22.29 horas aproximadamente, siendo dado de Alta Hospitalaria y de forma sorprendente a las 02.54 horas del siguiente día, a saber, el día de 29 de diciembre, en fin, casi 4 horas y medias después, cuyo Informe de Urgencias se dice, entre otras cosas, concretamente en el apartado de "Evolución y Comentarios: "Evolución :Favorable con la analgesia administrada. Permanece estable hm:D sin focalidad NRL ni síntomas radiculares" (...) . Pues bien, pese a no estar de ninguna de las maneras en las condiciones óptimas para recibirla y pese a mi desacuerdo tuve que abandonar las dependencias sanitarias, viéndome obligado a solicitar lo servicios de un taxi para de esta forma poder trasladarme a mi residencia sita en la calle (...) de Las Palmas de Gran Canaria, puesto que ni tan siquiera me facilitaron el traslado a mi domicilio a través del Servicio de ambulancia, por lo que tal traslado fue más que complicado dado las circunstancias de nula movilidad en la que encontraba, tanto fue así, que dicho profesional, pese a su empeño, no pudo llevarme a mi residencia, teniendo que

regresar al Servicio de Urgencias del Hospital Insular donde por parte de los responsable quienes sólo me ofrecieron el traslado por medio del Servicio de Ambulancias del SCS del Gobierno de Canarias por el que tuve que esperar al menos cuatro horas, y ello pese a que mi estado de salud requería como mínimo una nueva valoración médica y, en su caso, una hospitalización, sin embargo, ello no se realizó, teniendo las consecuencias como más adelante se dirá.

SEGUNDO. Como he dicho mi estado (...) de gravedad era más que evidente, y aún de este modo, no dudaron en darme el Alta Hospitalaria, siendo de nuevo trasladado a mi domicilio, aunque esta vez, eso sí, tras la imposibilidad de hacerlo por otro medio, se realizó el Servicio de Ambulancia dada mi insistencia. Pues bien, una vez en mi residencia sufrí "un calvario", dado las dolencias que tenía y ello ocurrió durante casi tres días, concretamente hasta el 1 de enero de 2020, hasta que un familiar dado el empeoramiento que se estaba produciendo en mi salud (y todo por la inasistencia médica que se me debió dar y no se realizó), por lo que llamó al Servicio de Urgencia del 112 del Gobierno de Canarias, siendo de nuevo trasladado al Servicio de Urgencia del Hospital Insular, siendo operado de urgencia, el día 2 de enero de 2020, permaneciendo ingresado hasta el mes de mayo del año 2020, estando actualmente recibiendo las rehabilitación correspondiente (...) .

TERCERO. A la vista de lo anterior y puesto que no recibí la asistencia médica adecuada (...), mis lesiones fueron agravadas, las cuales (...) están pendientes de la elaboración del correspondiente Informe Médico en cuanto el alcance de las mismas, (...) de los días de baja y (...) en su caso de las secuelas derivadas, así como en su caso (...) de los gastos producidos.

CUARTO. La causa directa del agravamiento de mis lesiones (...) fue (...) la inadecuada asistencia sanitaria de los que debieron darla, en este caso, (...) el personal médico o, en su caso, por los sanitarios por lo tanto una imprudencia grave por parte de los que debieron haber velado por mi salud (...) ».

El interesado concluye su reclamación solicitando el resarcimiento de *« (...) las lesiones sufridas, (los) días de baja y los gastos originados derivados de la negligente actuación médica que ha supuesto el agravamiento de mi salud, con los perjuicios de lesiones que todo ello (h)a supuesto (...) ». En este sentido, no se cuantifica el importe de la indemnización reclamada, señalando el reclamante que, « (...) en cuanto a la valoración económica de la reclamación, tanto de los días de baja, como secuelas, así como los gasto que se han originado de dicha negligente actuación medica se acreditará a través (d)el informe pericial (...) ».*

2. Con fecha 18 de marzo de 2021 el órgano instructor formula requerimiento al interesado a fin de que subsane y o mejore la reclamación interpuesta.

Este trámite, una vez notificado -el día 6 de abril de 2021- al interesado, no es debidamente cumplimentado por éste.

3. Con fecha 18 de marzo de 2021 se admite a trámite la reclamación extracontractual formulada por el interesado, acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando -por el órgano instructor- realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente -entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable-.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma al interesado.

4. Con fecha de 20 de mayo de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud [en adelante, SIP], informe médico sobre la asistencia sanitaria prestada al reclamante.

Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil [en lo sucesivo, CHUIMI].

- Copia de la historia clínica obrante en Atención Primaria.

- Informe del Servicio de Urgencias del CHUIMI, de 15 de octubre de 2021.

Asimismo, consta en las actuaciones la evacuación de informe complementario del SIP con fecha 2 de agosto de 2024.

5. Con fecha 22 de mayo de 2024 el órgano instructor libra oficio dirigido al reclamante para « *(...) que en el plazo de diez días formule la proposición de prueba de que intente valerse (...)* ».

Una vez notificado el citado trámite al reclamante -con fecha 10 de junio de 2024-, éste no formula alegaciones.

6. Con fecha 8 de agosto de 2024 se procede a la apertura del periodo probatorio y del trámite de vista y audiencia, otorgando al reclamante un plazo de diez días a fin de que pudiese formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase convenientes.

Transcurrido el plazo conferido al efecto, no consta la presentación de alegaciones por parte del reclamante.

7. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ***ex*** art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

8. Con fecha 23 de septiembre de 2024 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, en la que se postula la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual «*(...) formulada por (...) por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración*».

9. Mediante oficio de 26 de septiembre de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias ***ex*** art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por el interesado, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

1.1. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración

del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen 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. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia*

con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

1.2. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la «***lex artis ad hoc***». De esta manera, no es posible declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En este sentido, resulta muy oportuno y pertinente y también muy ilustrativo reproducir literalmente las consideraciones efectuadas por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, al señalar [con remisión a los diversos informes médicos que obran en las actuaciones -art. 88.6 LPACAP-] cuanto se expone a continuación -folios 538 y ss. del expediente del SCS-:

«SÉPTIMO. En relación a la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, teniendo en cuenta el objeto de la reclamación, a la vista del historial clínico y de los informes obrantes en el expediente administrativo, cabe efectuar las siguientes consideraciones:

Dicha asistencia sanitaria se ajustó a la lex artis de acuerdo con la sintomatología que presentó el paciente, tras el accidente de tráfico sufrido realizándose las pruebas adecuadas y aptas ante dicha sintomatología, no existiendo, como se acreditará, criterios médicos para la realización de pruebas distintas ni para el mantenimiento del paciente en observación, por lo que no se ha producido pérdida de oportunidad alguna.

Así mismo se acreditará que en el momento del alta del tenía movilidad ya que consta parte de lesiones del accidente de tráfico del día 28/12/2020 a las 21, 0 horas:

"Colisión frontal tras esquivar a un vehículo lo que producía dolor cervical y parestesias, puede realizar todos los movimientos articulares por lo que se le indicó alta domiciliaria".

Todo ello se acredita documentalmente en los informes emitidos por el Servicio de Inspección y Prestaciones de 20 de mayo de 2024 y de 2 de agosto (Folios 524-526), así como el informe del Servicio de Urgencias del CHUIMI de 15 de octubre de 2021 que refutan los términos de la reclamación.

Incorporamos como fundamento de la presente resolución los citados informes que dan adecuada respuesta a las cuestiones planteadas.

Señala el primer informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (...) :

"RELACIÓN DE LOS HECHOS

El presente informe tiene como objetivo poner en contexto la relación de los hechos con la historia natural de la enfermedad del paciente y la adecuación de los servicios sanitarios prestados a (...) nacido en el año 1957 y con los siguientes antecedentes personales:

- Discopatías Lumbares intervenidas quirúrgicamente (L3, L4 1999 y L4, L5 2006).

- Lumbalgia crónica. (Estudiada)

- Cervicobraquialgia crónica. (Estudiada)

- Hipertensión Arterial. (2018).

- Hiperplasia Benigna de Próstata (2018).

- Lesión medular cervical (2019).

- Tetraplejia Incompleta (2020).

Es importante mencionar, antes de empezar con la línea temporal del hecho reclamado, que el paciente presentaba síntomas raquídeos crónicos tanto cervicales como lumbares. Por ello existe una petición de estudio por el Servicio de Neurocirugía el 11/12/2019 (antes del hecho) en la cual se exponía lo siguiente:

"61a de edad con cuadro de tetraparesia de predominio en mmii, hiperreflexia, cuadro altamente sugerente de mielopatía cervical descompensada, caídas frecuentes, ruego PRIORIDAD MÁXIMA, probablemente requiera de intervención quirúrgica preferente ap (antecedentes personales) de cirugía de columna en dos ocasiones".

1-. El día 28/12/2019 a las 22:29 horas (...) es trasladado en una ambulancia del Servicio de Urgencias de Canarias a Urgencias del Complejo Universitario Hospitalario Insular Materno Infantil tras verse involucrado en un hecho vial en donde cursa con impacto frontal con un muro produciéndose usa flexo-extensión abrupta del cuello.

1.1- A la exploración física el paciente presentaba dolor cérvico-dorsal con parestesias a nivel de miembros superiores, estaba vigil y consciente con un rango articular del cuello limitado por el dolor en grados máximos, sin embargo, completaba todos los movimientos de la cabeza.

La fuerza muscular estaba conservada y simétrica en ambos miembros superiores con dolor con la palpación en grupos musculares para-vertebrales cervicales y trapecios, sin apofisalgia (dolor en apófisis de las vértebras) ni signos de afectación nerviosa con Test de Spurling negativo: El cual es un test clínico el cual se utiliza para determinar si hay daños a nivel medular o facetario.

1.2- Se levantó Parte de Lesiones.

1.3- Se solicitó una radiografía simple de columna cervical en donde no se visualizaban ni movimientos vertebrales ni aplastamientos de los nervios. Por lo que se le pauta analgesia con Toradol 1 amp IV Adolonta 100 mg IV y Primperan 1 amp IV Labetalol 20 mg IV.

2.- El día 29/12/2019 a las 2:54 horas, debido a que presentó una evolución favorable con la analgesia administrada, permaneciendo estable, sin focalidad neurológica ni síntomas radiculares, con diagnóstico de Esguince Cervical y Accidente de Tráfico se le indicó el alta médica con medicación oral para la casa haciendo la recomendación de seguimiento por su médico de Atención Primaria y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al servicio de Urgencias.

2.1- El traslado se realizó mediante un trasporte sanitario de traslado no urgente.

2.3- Consta parte de lesiones del accidente de tráfico del día 28/12/2020 a las 21 y 30 horas en el que refiere:

"Colisión frontal tras esquivar a un vehículo lo que producía dolor cervical y parestesias, puede realizar todos los movimientos articulares por lo que se le indicó alta domiciliaria".

3.- El día 02/01/2020 a las 11:09 horas es ingresado nuevamente en el Servicio de Urgencias del Complejo Universitario Hospitalario Insular Materno Infantil procedente de un traslado tras activación de recurso mediante el 112, refiriendo pérdida de sensibilidad progresiva en miembros superiores.

Al examen físico presentaba pérdida de fuerza a nivel distal en ambos miembros superiores, fuerza 2-3/5 en miembros inferiores, con pérdida de la sensibilidad. Por lo que se solicitó de forma inmediata la valoración por el Servicio de Neurocirugía del mismo hospital. Servicio de Neurocirugía:

"Paciente de 62 años en seguimiento por Neurocirugía por cuadro de torpeza en miembros inferiores y caídas con signos de mielopatía. Acude hoy al Servicio de urgencias tras accidente de tráfico con impacto frontal contra un muro con movimiento de flexoextensión y cuadro progresivo de alteración motora en pierna izquierda que no refería con anterioridad y pérdida de fuerza progresiva en ambos brazos. Asimismo, refiere pérdida de sensibilidad ambas piernas. No pérdida de control de esfínteres."

4.- El mismo 02/01/2020 se realiza una Resonancia Magnética con carácter urgente en la cual se objetivó hernia discal C3-C4 con compresión medular y mielo-malacia con estenosis foraminal bilateral, predominio de hernia discal C5-C7 con estenosis foraminal bilateral.

Por todo ello, y con los diagnósticos de Compresión Medular C3-C4/C5-C7 por Hernia Discal y Esguince Cervical, se practicó previa valoración pre-anestésica y firma de consentimiento informado una artrodesis de columna cervical anterior, que consiste en un procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza la fijación de un segmento de la columna cervical de manera irreversible. (...) La cual se llevó a cabo sin complicaciones logrando así mejorar el cuadro clínico del paciente.

5.- El día 03/01/2020 en su primer día de post-operatorio se presentaba estable, afebril, con la herida post-quirúrgica a nivel cervical con buen aspecto, por lo que se indicó la retirada del drenaje que había quedado pendiente. Ya para esta fecha presentaba una mejoría del balance motor respecto a su valoración pre-quirúrgica.

6.- El día 05/01/2020 consta en las hojas de registro de valoración por el Servicio de Neurocirugía que el paciente presentaba buena evolución post-quirúrgica con mejoría del balance motor respecto a la valoración pre-quirúrgica, con indicaciones de realización de Radiografía cervical de control, traslado a La Unidad de Lesionado Medular (ULM) para iniciar terapia de rehabilitación, reposo absoluto y tratamiento farmacológico oral para el dolor.

7.- El día 08/01/2020 el paciente mantenía una evolución favorable con mejora en la respuesta motora cervical y lumbar, como se encontraba a la espera de su traslado a la ULM se le solicitó iniciar fisioterapia.

8.- El día 13/01/2020 finalmente es trasladado a la ULM para iniciar tratamiento de rehabilitación intensivo basado en Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Cuidados de Enfermería encaminados a conseguir la máxima independencia en función de su lesión neurológica edad y comorbilidad.

8.1- Comienza también la valoración por Terapia Ocupacional, quienes se encargarán de que el paciente alcance el máximo grado de autonomía en sus actividades de la vida diaria.

9.- El día 05/02/2020 consta que se trabajó la bipedestación en paralelas con un déficit de bloqueo de cuádriceps y se trabajó de forma conjunta la propiocepción y sensibilidad profunda.

10.- El día 12/02/2020 se mejoró el bloqueo de ambas rodillas en bipedestación, pero faltaba control del tronco en sedestación.

11.- Durante el mes de marzo constó que se realizaron varias sesiones de fisioterapia en fechas 03/03/2020, 05/03/2020, 09/03/2020, 12/03/2020, 17/03/2020, 19/03/2020, 24/03/2020 en donde se trabajó la misma línea de potenciación de musculatura de miembros inferiores (cuádriceps, isquiotibiales, glúteos y psoas) marcha en paralelas y con andador.

12.- Durante el mes de abril constó que se realizaron varias sesiones de fisioterapia con fechas 01/04/2020, 03/04/2020, 23/04/2020, 27/04/2020, 28/04/2020 en donde también se progresó, añadiendo: subir y bajar escaleras con asistencia, control de la marcha con andador con poca asistencia, potenciación de miembros superiores e inferiores, ejercicios de fortalecimiento y equilibrio.

13.- Durante el mes de mayo previo al alta, consta que se realizaron múltiples sesiones de RHB, Fisioterapia y Terapia Ocupacional los días 04/05/2020, 05/05/2020, 08/05/2020, 11/05/2020, 12/05/2020, 13/05/2020 y 14/05/2020 durante este mes se trabajó puntualmente el control pélvico, el equilibrio en bipedestación sin apoyos, mejorando el patrón de la marcha e insistiendo en la realización de transferencias de peso en paralelas y con el andador. Se potenció también la musculatura de tren inferior.

14.- El día 14/05/2020 teniendo en cuenta que la evolución había sido lenta pero favorable, que el paciente se podía desplazar en silla de ruedas manual auto-propulsable, realizar marcha en paralelas y que había iniciado marcha con andador, que era totalmente independiente para el aseo, comida, vestido y transferencias. Finalmente se indicó alta médica con indicaciones de continuar el tratamiento de forma ambulatoria.

15.- El día 16/05/2023 vuelve a entrar a quirófano para practicar de forma lectiva una artrodesis lumbar por exacerbación de la discopatía lumbar crónica.

16.- El día 28/02/2024 acude a rehabilitación tras la artrodesis de columna lumbar.

17.- El día 13/03/24 acude a revisión en la Unidad de Lesionados medulares en donde consta su recuperación casi absoluta. Siendo un hombre independiente que puede caminar solo, subir y bajar escaleras, con buena fuerza muscular.

CONCLUSIONES

1.- De la cronicidad y el carácter progresivo de su enfermedad:

El Servicio de Neurocirugía hace constar el día 11/12/2019 que (…) estaba siendo estudiado con prioridad máxima debido a una patología crónica a nivel cervical caracterizada por un cuadro de tetraparesia (pérdida de fuerza en las cuatro extremidades), hiperreflexia y caídas frecuentes, lo que pudiera sugerir una mielopatía cervical descompensada (daño neurológico a nivel cervical) patología de carácter crónico degenerativo no traumática, que fue evolucionando progresivamente y que hubiese podido ser subsidiaria de intervención quirúrgica preferente.

2. Del diagnóstico previo y la indicación de cirugía preferente.

El paciente cursaba con una discopatía crónica cervical con valoración para resolución quirúrgica con carácter no urgente lo que venía produciendo en él tetraparesia con torpeza al caminar, parestesias, perdida de fuerza muscular e hiperreflexia.

Probablemente el accidente de tránsito del 28/12/2019 pudiera haber ocasionado la reagudización de su enfermedad crónica que hizo que los síntomas se instalaran de forma progresiva y a posteriori.

Por otro lado, las lesiones medulares traumáticas agudas pueden dar lugar a un espectro de problemas neurológicos, incluyendo la pérdida abrupta de la función motora y sensorial, intestino y disfunción de la vejiga, espasticidad, dolor neuropático y disreflexia autonómica.

3.- Del accidente de tráfico.

El paciente cumplía un plan terapéutico con toma de opioides orales de forma crónica y benzodiacepinas; entre ellos Diazepam 10 1 toma por la noche, Tapentadol 50mg 1 toma cada 12 horas, Tramadol y Pregabalina. Quien según el parte de lesiones elaborado el día 28/12/2020 a las 21:30 horas refiere el paciente que sufre un accidente de tráfico, mientras conducía vehículo, y otro que circulaba delante frena repentinamente, por lo que para esquivarlo enviste a muro de defensa colisión frontal y derecha.

Con posterior dolor en región cervico-dorsal y sensación de parestesias en ambos miembros superiores, pero con movimientos del cuello conservados y también de las manos.

No hay registro de que el accidente fuera de alto impacto o que fuera víctima de un atrapamiento. Por lo que se indicó analgesia adecuada para la cervicalgia en contexto de latigazo cervical y luego alta médica.

4.- De la omisión de los antecedentes durante la anamnesis tras el accidente de tráfico.

El paciente omite información acerca de sus antecedentes, del padecimiento de discopatía cervical crónica en estudio y la tetraparesia durante la primera anamnesis y durante la elaboración del parte de lesiones ya que no consta que lo mencionase en el interrogatorio.

5.- Del correcto manejo en urgencias.

Aún así, (...) es trasladado a Urgencias por una ambulancia del Servicio de Urgencias Canario en donde es atendido de forma protocolar; procediendo a su ingreso el mismo día 28/12/2019, con su correspondiente redacción de parte lesiones, correcta analgesia para calmar el dolor cervical y dorsal que presentaba, además de esto se realizó el examen físico exhaustivo en donde se describió la indemnidad de la parte neurológica, confirmando una cervicalgia (dolor cervical) en grados máximos y con movilidad activa, sin alteración de la fuerza muscular con una maniobra de Spurling Negativa, lo que hace muy difícil pensar en una radiculopatía aguda.

También se solicitó una radiografía de columna cervical en donde no se visualizó patología aguda cervical o signos de lesión medular. Por todo esto se indicó el alta médica

con manejo oral para el dolor y las recomendaciones de volver si presentaba empeoramiento de los síntomas.

6.- Del diagnóstico definitivo y la indicación de artrodesis urgente.

Posteriormente, tras el empeoramiento progresivo de sus síntomas, el día 02/01/2020, casi 5 días después del accidente de tráfico, el paciente decide llamar al Servicio de Urgencias Canario y es traslado nuevamente a Urgencias, en donde es ingresado y tras la primera valoración inicial se decide realizar interconsulta con el Servicio de Neurocirugía quienes conocían al paciente y solicitaron una Resonancia Magnética Nuclear que según la Sociedad Española de Radiología es la prueba gold-standart, en donde se diagnostica de forma objetiva Hernia Discal C3-C4 con compresión medular.

Y al evidenciar que la lesión del cuello se había reagudizado o exacerbado se cambió el carácter de la cirugía que se había previsto de forma preferente a urgente como así lo requería el abordaje del diagnóstico.

7.- De la artrodesis cervical anterior como tratamiento de elección.

La artrodesis es una técnica de probada eficacia y de máxima recomendación para el tratamiento de la estenosis y compresión del canal medular a nivel cervical, la primera fue realizada en 1950. El abordaje en este caso es antero-lateral y se busca el posicionamiento de un injerto que sustituirá el tejido afectado y brindará estabilidad a la columna cervical.

En el caso de (...) se firmó el consentimiento informado, se realizó la valoración preanestesia siendo éste un procedimiento limpio y sin complicaciones.

8.- De la disposición de medios para buscar la curación absoluta. (…) era pintor y desde un inicio su ocupación y estilo de vida promovieron la aparición de defectos a nivel de la columna vertebral que desde el primer momento en la década de los años 2000 con las hernias a nivel lumbar en donde se le ofreció la resolución quirúrgica para la resolución de su caso, lo cual al final se logró.

Y en esta ocasión tampoco fue la excepción, es evidente el despliegue de medios y de ciencia médica actualizada, primero para ofrecer diagnóstico y seguimiento de lesión cervical crónica lo que le producía torpeza al caminar, luego indicando terapéutica para dolor crónico exacerbado en el contexto de latigazo cervical y posteriormente cuando la clínica lo requirió se ofreció de forma oportuna y urgente valoración por el Servicio de Neurocirugía.

Posteriormente al tratamiento quirúrgico curativo se le ofreció terapia asistencial de tercer nivel con Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Cuidados de enfermería a quien en su última revisión en el año 2024 consta la buena evolución del paciente, habiendo disminuido la sensación de parestesias, bajando y subiendo escaleras, en casa deambula sin apoyo y en la calle camina con un bastón inglés con mejoría de micción y fuerza muscular en las 4 extremidades de 3-4/5.6.

(...)

Una vez realizado el estudio de todos los documentos obrantes en el expediente, incluido el informe del Servicio de Urgencias, considero se ha tenido una rigurosa y oportuna aplicación de la ciencia en el servicio sanitario prestado con suficiencia de los recursos empleados tanto diagnósticos como terapéuticos, en relación con el proceso clínico en cada momento, por lo que se emite informe desfavorable."

OCTAVO. A la vista del citado Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, por el órgano instructor se solicitó informe complementario a fin de que se determinase posible incidencia de la ausencia de realización de resonancia nuclear magnética, que el paciente tenía pendiente de realizar con carácter prioritario antes de su ingreso, así como si hubiese permanecido en observación, analizase si se produjo, o no, con ello, pérdida de oportunidad.

La conclusión del informe es contundente, afirmando que la actuación en el servicio de urgencias fue la correcta, que no existían criterios para la realización de RNM y que la permanencia del paciente en observación no hubiera "supuesto un resultado distinto ni mejor al obtenido".

En este sentido merece especial mención la Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2012, que señala: "los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en un Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización".

Informa el Servicio de Inspección y Prestaciones al respecto:

"El Servicio de Inspección sostiene lo razonado en el primer informe, precedente, de fecha 20 de mayo de 2024, en la línea argumental siguiente:

1.- El día 28 de diciembre de 2019 el paciente es trasladado en una ambulancia del Servicio de Urgencias Canario a Urgencias del Complejo Universitario Hospitalario Insular Materno Infantil tras sufrir un accidente de coche; en este momento se realiza la anamnesis, examen físico y la posterior realización de parte de lesiones. Cuando se hace referencia a que el paciente omitiera información acerca de sus antecedentes de discopatía crónica nos referimos a que no aparecen ampliamente descritos durante el desarrollo de la enfermedad actual de la Historia Clínica de Urgencias al igual que durante el resumen de los hechos del parte de lesiones.

Creemos que si los hubiera expresado detalladamente aparecerían ampliamente descritos en la narración de los hechos, tanto de la historia como del parte de lesiones y no es así.

2.- De ahí la importancia de que aparecieran descritos posteriormente en los antecedentes de la Historia Clínica, lo que llevo al Médico de Urgencias tratante a realizar una exploración neurológica sistemática en donde el paciente presentaba parestesias (suelen describirse como hormigueos, pinchazos (...)) pero no presentó en ningún momento pérdida de la fuerza muscular, la cual era simétrica y sin presencia de dolor en la región central del cuello (no apofisalgia).

También se realizaría el test de Spurling el cual resultó negativo; este tiene una especificidad de alrededor de un 85%, lo que apoyaba la teoría de que pudiera existir contractura de los músculos espinales, pero no inestabilidad de la columna cervical o patología aguda que pudiera sugerir el cambio de prioridad en la solicitud de la RNM pendiente.

No obstante, cumpliendo con el buen hacer médico, se solicitó una radiografía simple de columna cervical con dos proyecciones en donde no se apreció signos de lesión cervical aguda. Este hecho, unido a la clínica no sugería lesión neurológica aguda y con esa base la impresión diagnostica inicial fue correcta.

La Sociedad Española de Radiología de Urgencias recoge en un algoritmo de 2020 como factores de riesgo para pensar en lesión cervical (si hay criterios clínicos y/o de alarma que la hagan sospechar) antecedentes de Espondilitis Anquilosante, Espondiloartropatía Cervical Psoriásica, Artritis Reumatoide, Deportes de contacto, inmersión, Cirugía de columna cervical previa, Edad > 65 años.

Como factores de alarma: Mecanismo lesiona alto grado (o alta energía como el que ocurre entre dos vehículos en movimiento), dolor muy intenso 8-10 (dolor que no mejora con tratamiento), déficit neurológico, perdida de consciencia y edades extremas de la vida.

Y, finalmente, expone los criterios de alto riesgo son: valoración por escala de Glasgow <15 en la evaluación en el servicio de urgencias, déficit neurológico focal, pacientes con signos vitales anómalos (PA sistólica <90 mmHg o frecuencia respiratoria fuera del rango de 10-24 respiraciones por minuto), dolor severo en el cuello (≥ 8/10 de severidad) y finalmente pacientes con un mecanismo peligroso de lesión por alta energía y una lesión visible por encima de las clavículas o una lesión torácica severamente dolorosa.

Por otro lado, la solicitud de RMN urgente quedaría para los casos en donde hay sospecha de posible lesión medular (por clínica) con pérdida de fuerza muscular en extremidades o maniobras que sugieran este tipo de lesiones como el test de Spurling positivo, que haría sospechar compresión del cordón medular o inestabilidad.

Para la National Emergency X-Ray Utilization Study se podría excluir la presencia de lesión cervical sin necesidad de realizar una prueba de imagen en presencia de criterios de bajo riesgo con una sensibilidad cercana al 100%, cuando exista ausencia de signos de

focalidad neurológica (no había perdida de fuerza) y perdida de la conciencia (su estado de consciencia era normal).

Por todo lo anteriormente expuesto pensamos que el paciente fue correctamente evaluado por el Servicio de Urgencias en dicha visita, ya que la lesión medular no se mostraba presente en la primera evaluación clínica, ni había signos de la misma en la radiografía de columna cervical con dos proyecciones realizadas y, tampoco reunía criterios clínicos que hicieran sospechar una lesión neurológica aguda (no parálisis, no alteraciones de la fuerza, no alteraciones de la sensibilidad en área perineal/genital, ni alteraciones del control de esfínteres), que son los únicos criterios claramente definidos para la realización de una intervención quirúrgica urgente, y que en este caso, el paciente no tenía.

Asimismo, cuando así lo requirió por la presencia de clínica compatible (alteración motora en pierna izquierda y perdida de sensibilidad y de fuerza en ambos brazos) fue correctamente evaluado por el Servicio de Neurocirugía, quienes, haciendo uso de todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas al uso, hicieron posible la curación definitiva del paciente, logrando estabilizar la lesión sin que quedaran secuelas. Por todo ello consideramos que haber dejado el paciente en observación y adelantar la RMN, no hubiese supuesto un resultado distinto ni mejor al obtenido".

No se ha aportado ninguna prueba que contradiga los extremos contenidos en los informes. En el presente supuesto se ha acreditado con la documental obrante en el expediente que la asistencia sanitaria prestada fue acorde con la lex artis».

2. Todo ello conduce al Consejo a compartir los fundamentos y la conclusión de la Propuesta de Resolución examinada, como se expone a continuación.

IV

1. No hay en el expediente prueba alguna que contradiga los razonamientos, argumentos y conclusiones del Servicio de Inspección, tanto los de su informe inicial como los que, de modo específico y explícito, contestan a la cuestión formulada por el servicio instructor del expediente acerca de la posibilidad de que el ingreso o mantenimiento del reclamante en observación y la práctica de una resonancia magnética hubiera permitido proporcionarle una mejor atención sanitaria y, por tanto, si su falta pudiera haber significado la pérdida de una oportunidad de alcanzar dicha mejora. Como se ha transcrito, el informe adicional del Servicio de Inspección es que haber dejado al paciente en observación y haberle practicado o sometido a un examen mediante resonancia magnética nuclear «*no hubiese supuesto un resultado distinto ni mejor al obtenido*».

Esta afirmación, no contradicha por ninguna prueba, resulta a nuestro juicio de una especial relevancia porque también expresa el Servicio de Inspección que el paciente no refirió en su primera estancia en el Servicio de Urgencias la existencia de algunos de sus padecimientos anteriores y que, al referirlos en el segundo, motivó ello que la cirugía que le había sido prescrita se ordenara con mayor premura, transformándose el carácter de su solicitud, de «*preferente*» a «*urgente*», de modo que fue intervenido de modo casi inmediato.

Esta cuestión se presenta como relevante, decimos, porque el Servicio de Inspección hace constar que el paciente no reseñó todos sus padecimientos en la primera consulta y que, conocidos en la segunda, se produjo una aceleración de la indicación y la práctica de la cirugía, de modo que aquella omisión de información -si efectivamente la hubo- pudiera haber tenido incidencia en el curso de los acontecimientos o, al menos, el lector del primer informe puede albergar alguna sospecha y `preguntarse si tal omisión se produjo o no y si pudo y debió ser suplida por el conocimiento de la historia clínica accesible, es de suponer, para los médicos que atendieron al reclamante.

Pero por el Servicio de Inspección se afirma que no fue así y que, pese a la citada carencia de conocimiento de algunos antecedentes no se produjo ninguna pérdida de oportunidad, ni es posible encontrar en la actuación del SCS una quiebra o incumplimiento de las reglas de la *lex artis,* tampoco es posible establecer una relación de causalidad entre aquella actuación y el daño alegado y el resarcimiento reclamado por el paciente.

2. En conclusión, habida cuenta de que, por una parte, el reclamante no ha aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y de que, por otra parte, a tenor del contenido de los diversos informes que obran en el expediente lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y en consecuencia se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) se entiende que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento III de este Dictamen.