



Dictamen 280/2017

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de octubre de 2017, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmra. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 24 de noviembre de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 333/16), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 28 de noviembre de 2014 (registro de la Delegación de Gobierno en Murcia), x, abogado de la Asociación El Defensor del Paciente, en representación de x según acredita con la escritura de poder que acompaña, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud por los siguientes hechos, según describe:

- x, de 61 años, presentaba un cuadro de coxartrosis por el que se le programó implantación de prótesis total de cadera derecha. Esta intervención se realizó el 23 de febrero de 2011 en el Hospital Santa María del Rosell de Cartagena, y fue dado de alta el 28 de febrero. Inmediatamente después de la operación el paciente se quejó de dolor en el muslo y un clic cuando movía la pierna.

- El 25 de abril de 2011 se realiza interconsulta al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica por gonalgia bilateral. Tras la exploración se informó al paciente que la prótesis era demasiado larga y desalineada, lo que hacía el dolor del muslo insopportable por lo que fue remitido a la Clínica de Fuente Álamo para someterse a tratamiento rehabilitador.

- El 4 de marzo de 2012 ingresó de nuevo en el Hospital Santa María del Rosell para someterse a una nueva intervención de implantación de prótesis en cadera izquierda por vástago corto. Se encontraba la zona totalmente infectada. Es dado de alta el día 9 de marzo.

- El día 10 de marzo de 2012 acude al Servicio de Urgencias por dolor de cadera, rodilla y pierna izquierda, refiriendo haber sentido un clack en la zona medial del fémur y que sentía como si tuviera el pie de plástico. Se diagnosticó dolor postquirúrgico y se solicitó valoración del Servicio de Traumatología, siendo ingresado durante

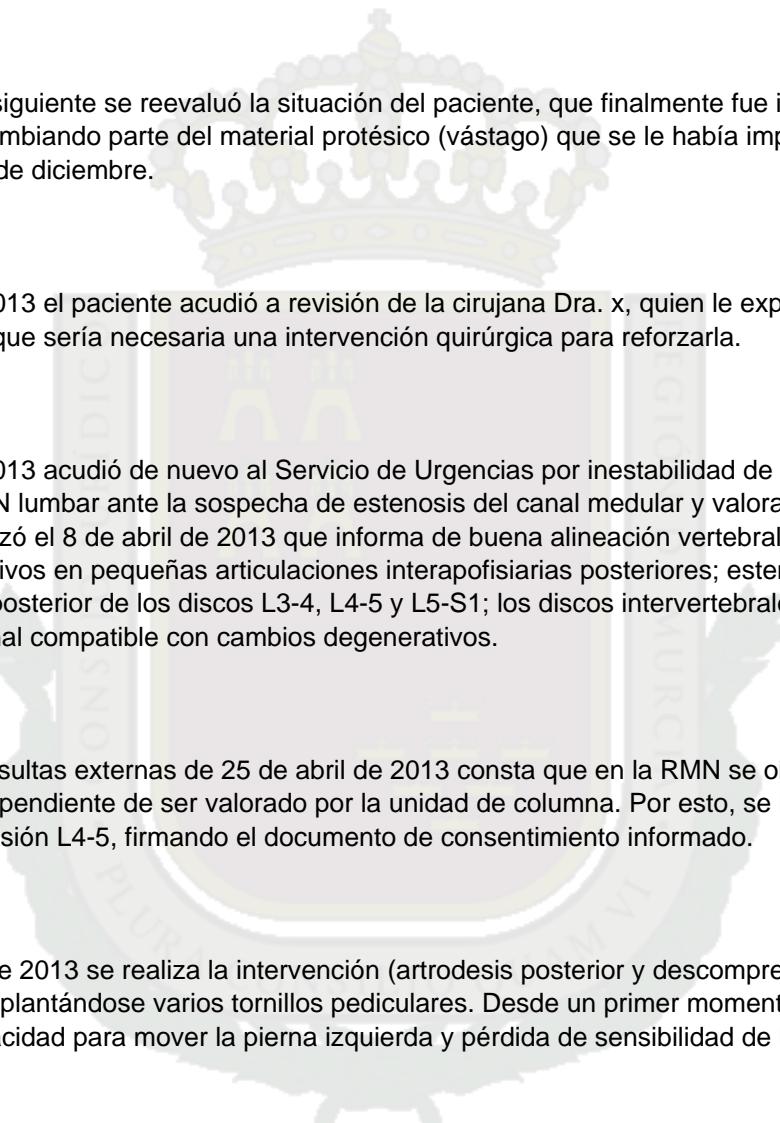
15 días en el Hospital Santa Lucía, refiriendo una notable pérdida de sensibilidad desde la cintura hasta las piernas.

- Según informe de fisioterapia de 17 de agosto de 2012 de la Clínica Fuente Álamo, aunque existe una evolución favorable del paciente, éste seguía refiriendo dolor en la cadera derecha.

- Según informe de Rehabilitación de 1 de octubre de 2012, el paciente presentaba dolor a nivel del trocánter mayor izquierdo, y tras la exploración mediante telerx, se informó de que existía una dismetría de la pierna izquierda de 17 mm. por lo que habría de ser intervenido de nuevo.

- El 21 de noviembre siguiente se reevaluó la situación del paciente, que finalmente fue intervenido el 17 de diciembre de 2012, cambiando parte del material protésico (vástago) que se le había implantado con anterioridad. Es dado de alta el 28 de diciembre.

- El 20 de marzo de 2013 el paciente acudió a revisión de la cirujana Dra. x, quien le explicó que tenía una vértebra colapsada y que sería necesaria una intervención quirúrgica para reforzarla.



- El 27 de marzo de 2013 acudió de nuevo al Servicio de Urgencias por inestabilidad de la pierna izquierda, solicitándose una RMN lumbar ante la sospecha de estenosis del canal medular y valoración de su estado. Dicha Resonancia se le realizó el 8 de abril de 2013 que informa de buena alineación vertebral; acuñamiento anterior a L1; cambios degenerativos en pequeñas articulaciones interapofisiarias posteriores; estenosis de canal a nivel L4-5, abombamiento posterior de los discos L3-4, L4-5 y L5-S1; los discos intervertebrales muestran alteración de la intensidad de la señal compatible con cambios degenerativos.

- En el informe de consultas externas de 25 de abril de 2013 consta que en la RMN se observa estenosis de canal, quedando el paciente pendiente de ser valorado por la unidad de columna. Por esto, se le propuso el 20 de mayo de 2013 la descompresión L4-5, firmando el documento de consentimiento informado.

- El 6 de noviembre de 2013 se realiza la intervención (artrodesis posterior y descompresión L3-4 y L4-5 con interespino L2-3) implantándose varios tornillos pediculares. Desde un primer momento, tras la operación, el paciente acusó incapacidad para mover la pierna izquierda y pérdida de sensibilidad de la pierna derecha.

- El 11 de noviembre de 2013 se realiza TC de columna lumbo-sacra, que informa de cambios postquirúrgicos en L3, L4 y L5 que se describen. También se le realizó una RMN informando al paciente, de forma verbal, que se apreciaba que uno de los tornillos había aplastado un nervio.

- El 13 de noviembre de 2013 hubo de ser reintervenido para recolocar los tornillos. Es dado de alta el 18 de noviembre pero, debido a la imposibilidad de sostenerse en pie, el 26 de noviembre fue derivado al Hospital Perpetuo Socorro.

- En consulta externa de traumatología de 16 de diciembre de 2013 el paciente continuaba con déficit motor y sensorial, por lo que se solicita una EMG, siendo derivado al Servicio de Medicina Interna del Hospital Perpetuo Socorro.
- El 10 de febrero de 2014 se realiza la EMG, que informa de radiculopatía aguda lumbar L4-L5 izquierda con denervación activa.

- El 4 de marzo de 2014 se informa en consulta externa de traumatología que el paciente continúa con paresia en territorio L4 izquierda y déficit motor y sensorial, precisando incluso de andador, ortesis antiequino tipo boxia y corsé para la sedestación y deambulación, por lo que se solicita tratamiento rehabilitador y electroterapia. El paciente hizo constar a los facultativos del Hospital Santa María del Rosell su intriga (sic) por no haber sido sometido a rehabilitación desde la intervención del 13/11/2013.

- Comienza la Rehabilitación en mayo de 2014, siendo alta en ese Servicio el 17 de junio de 2014, quedando pendiente de nueva revisión por rehabilitación y psiquiatría.

- El 29 de septiembre de 2014 se le realizó EMG por parte del Servicio de Neurofisiología clínica del Hospital Santa Lucía, que informó de radiculopatía lumbar L4-L5 izquierda con datos de denervación activa.

Termina señalando en cuanto al proceso médico que el paciente continúa con grandes limitaciones, habiéndosele reconocido una incapacidad permanente total.

Atribuye al Servicio Murciano de Salud una asistencia defectuosa por los siguientes motivos:

1. La causa principal del daño neurológico es la malposición de los tornillos que le implantaron en la intervención de 6 de noviembre de 2013, que produjeron un aplastamiento del nervio.
2. Asimismo, tras la intervención los protocolos establecen que se someta al paciente a terapia rehabilitadora. En este caso el paciente no fue derivado a rehabilitación hasta más de 7 meses después de la última intervención en noviembre de 2013.
3. Todo ello con independencia de la concurrencia causal de las intervenciones de PTC no realizadas conforme a la *lex artis* ya que el resultado fue asimetría importante.

Por último, no se cuantifica el daño por el que reclama, pendiente de concretar hasta que se conozca la evolución del paciente. Asimismo se propone como medios de prueba las historias clínicas del paciente en todos los centros en los que fue asistido, así como los informes de los facultativos actuantes y de la Inspección Médica.

SEGUNDO.- Con fecha 17 de diciembre de 2014, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada a las partes interesadas.

En esa misma fecha, se remitió la reclamación a la Gerencia del Área II, al Hospital Perpetuo Socorro y a la Clínica Fuente Álamo, solicitando la historia clínica de x y los informes de los profesionales que le asistieron.

Asimismo se dio traslado de la reclamación a la Correduría de Seguros -- para su traslado a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

TERCERO.- Por parte del Director del Centro Médico Virgen de la Caridad de Fuente Álamo se remiten dos informes (con entrada el 23 de enero de 2015); el primero con los registros de fisioterapia de 23 de marzo de 2012 hasta la fecha actual, así como el informe radiológico de 28 de julio de 2011 (folios 69 a 76).

CUARTO.- El Director del Hospital del Perpetuo Socorro remite copia del historial el 20 de enero de 2015 (con entrada el 23 siguiente), obrante en los folios 77 a 97.

QUINTO.- Mediante nota interior de 20 de febrero de 2015 (registrada de salida el 22), el Director Gerente del Área de Salud II remite copia de 88 archivos en CD del historial clínico del paciente. Asimismo remite posteriormente el informe de la Dra. x, del Servicio de Rehabilitación del Hospital Santa Lucía, de 6 de junio de 2014, señalando lo siguiente sobre la exploración al alta del paciente (folio 100):

"- Capaz de marcha sin ayudas, aunque lleva un bastón en lado derecho, mejorando dicha marcha con ortesis antiequino "rancho de los amigos" en el pie izquierdo, no obstante persiste un leve estepaje con la ortesis y sin ella no arrastra el pie durante la marcha al compensar con músculos agonistas de la flexión dorsal no paréticos. En resumen, podría prescindirse de la ortesis si el paciente no nota gran mejoría de su marcha al llevarla puesta.

- Balances musculares en miembros inferiores con mejoría significativa en el miembro izquierdo en cadera (global 4+/5), extensión de rodilla (4/5), eversión pie (4/5) y extensión primer dedo (3+/5) con persistencia del déficit de flexión dorsal tobillo (músculo tibial anterior con balance muscular 1/5).

- Sensibilidad táctil conservada con hipoestesia en pie izquierdo.

- Balance articular de tobillo con flexión pasiva dorsal a neutro.

La evolución ha sido favorable dado que la secuela a nivel motor no produce limitación funcional en lo que respecta a la marcha que es posible con compensaciones. El ser portador de prótesis de cadera bilateral y de artrodesis lumbar es un factor que impide realizar determinadas actividades de la vida diaria pero el paciente no se

queja de dolor en las caderas, más bien, las molestias las refiere ahora a nivel de la rodilla izquierda.

También comentar que en el Hospital del Perpetuo Socorro, estuvo siendo tratado en planta hasta enero/15, por un fisioterapeuta de lunes a viernes. El 17 de junio fue dado de alta a su domicilio en Fuente Álamo por mejoría".

Desde el Servicio de Traumatología del Área de Salud II se remiten los informes de los Dres. x, y, el primero de los cuales señala (folio 102):

"Paciente de 65 años en la actualidad seguido en Consultas Externas de Traumatología por múltiples cirugías:

Artroplastia total de cadera derecha (24 de febrero del 2011).

Artroplastia total de cadera izquierda (6 de marzo del 2012).

Recambio vástago cadera izquierda (17 de Diciembre del 2012).

La cadera izquierda ha sido dolorosa desde el principio por un conflicto mecánico, dismetría y troncateritis. Mecánicamente se ha arreglado el problema y la dismetría con su revisión pero no la troncateritis y limitaciones funcionales que presenta.

Refiere dolor lumbar con irradiación a ambas piernas con alteraciones de la sensibilidad y pérdida de fuerza que le ha obligado a acudir a Urgencias por impotencia funcional.

Se ha realizado RM que muestra estenosis de canal valorado por la unidad de columna de este Hospital.

A fecha de la última revisión por mi parte se queja de las rodillas.

Radiológicamente caderas ok.

Pendiente de nueva revisión en un año".

En cuanto al Dr. x afirma (folio 103)

"Paciente varón de 65 años.

Antecedentes personales: intervenido de eventración, hiperuricemia, dislipemia, síndrome ansioso-depresivo, artroscopia de rodilla, prótesis total de cadera bilateral.

Enfermedad actual: paciente con claudicación a la marcha que se intervino en nuestro servicio de estenosis de canal lumbar L2-L3, L3-L4 y L4-L5 el día 06/11/2013 mediante artrodesis y descompresión L3-L4-L5 e interespinal L2-L3, sistema Sequoia zimmer.

Se reinterviene el 13/11/2013 practicándose revisión-recambio de tornillos izquierdos observando compresión de raíz L4 izquierda.

Evolución:

Se prescribió en el postoperatorio ortesis lumbosacra y ortesis antiequino tipo boxia que porta por paresia de pie izquierdo.

Se solicitó tratamiento rehabilitador y actualmente está siendo visto en consultas externas donde se ha practicado estudio con RMN lumbar y EMG".

SEXTO.- El 16 de abril de 2015 se remite desde el Área de Salud II la historia clínica del paciente en el Centro de Salud de Fuente Álamo (folios 109 a 138), así como el informe del Dr. x, médico de atención primaria del interesado, que relaciona las asistencias prestadas al paciente. Esta documentación también es remitida a la Inspección Médica y a la compañía aseguradora del Ente Público.

SÉPTIMO.- El 6 de julio de 2015, el letrado que representa al reclamante presenta escrito en el que pone de manifiesto que aún no ha sido citado para ser intervenido, para retirar y reimplantar los tornillos, por lo que solicita que sea intervenido con urgencia. Expone que lo anterior supone una agravación innecesaria del daño reclamado y que los informes de los profesionales que obran en el expediente en ninguno se da una explicación de la defectuosa asistencia sanitaria prestada, limitándose a un relato de los actos médicos llevados a cabo, por lo que la parte reclamante entiende la conveniencia de que se requieran nuevos informes que completen los pronunciamientos sobre la reclamación en sí y sus motivos.

A este respecto el órgano instructor recaba nuevamente de los profesionales actuantes que remitan informe en el que contesten a las imputaciones formuladas (folio 148).

OCTAVO.- El 1 de octubre de 2015 tiene entrada en el Servicio Murciano de Salud el oficio del Tribunal Superior de Justicia de Murcia solicitando la remisión del expediente administrativo por haberse interpuesto por el reclamante recurso contencioso administrativo frente a la desestimación presunta (PO 312/2015).

NOVENO.- El 18 de febrero de 2016 tiene entrada en el Servicio Murciano de Salud el informe de la Inspección Médica, que concluye (folios 165 a 177):

"1.- Paciente de 62 años con patología degenerativa a varios niveles intervenido de prótesis en ambas caderas y de estenosis de canal lumbar.

2. Respecto a las caderas, se puso PTC en la derecha en febrero de 2011 evolucionando con normalidad y en la cadera izquierda en marzo siguiente que precisó reintervención por conflicto mecánico. No quedan secuelas.

3. En marzo de 2013 el paciente presentaba clínica de dolor lumbar, claudicación neurógena a 50 metros y disestesias en MMII. La RMN muestra una estenosis del canal lumbar. Se le ofrece intervención quirúrgica que acepta y firma el documento de consentimiento informado para la misma, en el que está recogido la posibilidad de lesión neurológica. El tratamiento efectuado era adecuado a la patología que presentaba.

4. Se realizó cirugía descompresiva y fijación con tornillos el 6 de noviembre de 2013 sin que consten incidencias en la intervención. En el postoperatorio presenta déficit en la extensión del tobillo y adormecimiento en el territorio de la L4 izquierda. El TAC realizado muestra malposición de tornillo, complicación conocida de la cirugía de columna. El traumatólogo indica revisión quirúrgica que se realiza el día 13 del mismo mes.

5. Se reinterviene al paciente, se recolocan los tornillo pediculares izquierdos de visu y bajo control escópico, hay compresión de la raíz L4 izquierda sin solución de continuidad. La evolución posterior no ha sido satisfactoria. Se realizó tratamiento rehabilitador durante meses con mejoría progresiva, pero con mantenimiento de secuelas.

6. En la última evaluación realizada hay polidiscopatía lumbar con malposición de tornillos derechos, leve estenosis por discopatía L3-L4 y estenosis L5-S1 con radiculopatía crónica moderada a nivel L3, L4 y S1 izquierda y L5 bilateral severa.

7. Por tanto paciente con dolor y alteración a la marcha previa a la cirugía con adecuada indicación de la misma y con consentimiento del paciente. En la cirugía se produce una complicación que es la malposición de tornillos diagnosticada adecuadamente y tratada con reintervención que deja secuelas".

DÉCIMO.- La Compañía de Seguros Mapfre aporta al expediente un informe pericial realizado por el Dr. x, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, que concluye (folios 178 a 188):

"1. El paciente recibió un adecuado estudio diagnóstico y tratamiento preoperatorio, considerando los importantes antecedentes médicos y quirúrgicos, realizándose los estudios pertinentes y, sin solapar las diferentes atenciones

que precisaba, se pudo atender en un tiempo muy prudencial e indicar la intervención quirúrgica.

2. La técnica utilizada es la más correcta para la importante patología que presentaba, para lo cual lo más adecuado es aumentar la instrumentación con tornillos pediculares y añadir injerto óseo. Se realizó también una estabilización de L2 y L3 con sistema interespinal, que proporciona mayores índices de éxito sin aumentar los riesgos de los tornillos pediculares y sin prolongar la duración del acto quirúrgico.

3. La cirugía realizada fue extremadamente cuidadosa y prudente, como refiere el protocolo de la intervención, cumpliendo todos los pasos de liberación neurológica, instrumentación y aporte de injerto óseo que se había explicado al paciente.

4. La presentación de una lesión radicular en el postoperatorio de una cirugía de artrodesis es una posibilidad conocida y referida abundantemente en la bibliografía y que se contempla en todos los consentimientos informados. El paciente estaba advertido de la posibilidad de aparición de déficits neurológicos tras la cirugía.

5. En caso de presentación de una lesión radicular en el postoperatorio de una cirugía de artrodesis el tratamiento más correcto para minimizar en lo posible las secuelas es la realización urgente de TAC y, en caso de malposición de algún implante, recolocarlo lo antes posible. En este caso, por tanto, se actuó de manera óptima al realizar TAC y reintervención con carácter de urgencia.

6. Tras la realización de la cirugía reparadora, el paciente fue atendido con los medios necesarios, se colocó ortesis antiequino, se le pautó tratamiento rehabilitador, se ingresó en Medicina Interna para continuar fisioterapia, se realizaron pruebas complementarias y se continuó el seguimiento y el tratamiento de manera crónica, en consonancia con los requerimientos de su patología y sus secuelas.

CONCLUSIÓN FINAL

Tanto la indicación quirúrgica, como la técnica y el manejo de la complicación pueden considerarse como exquisita y adecuada a la ciencia y al conocimiento actual, es decir, la praxis ha sido totalmente correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*, debiéndose reconocer que el paciente ha tenido una complicación inherente a la técnica realizada y que no es infrecuente, de la que estaba advertido y para la que ha recibido la mejor atención posible y necesaria en todo momento".

UNDÉCIMO.- Mediante sendos oficios de 16 de mayo de 2016 se procedió a otorgar trámite de audiencia a las partes interesadas, sin que conste que el reclamante haya presentado alegaciones.

DUODÉCIMO.- El 31 de mayo de 2016 se recibe por el órgano instructor el Decreto de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJ Región de Murcia, de 19 de mayo de 2016, por el que se acuerda tener por desistido al recurrente, conforme a la solicitud formulada por su representante.

DECIMOTERCERO.- La propuesta de resolución, de 9 de noviembre de 2016, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por considerarse prescrita la acción respecto a las intervenciones de caderas y por no haberse acreditado, respecto a las restantes imputaciones, la concurrencia de los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial del Servicio Murciano de Salud.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 24 de noviembre de 2016 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015, Disposición derogatoria única, párrafo 2, letra a) la cual, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. No obstante, a tenor de lo que establece la Disposición transitoria tercera, letra a) LPAC 2015, a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior. Por tanto, la nueva regulación será aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados a partir del día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPAC 2015), no siendo el caso del sometido a Dictamen.

II. El reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC en cuanto usuario de la sanidad pública que se siente perjudicado por su actuación.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

III. En cuanto al cumplimiento del requisito temporal, ha de tenerse en cuenta la siguiente distinción a efectos de la prescripción:

1. En relación con las imputaciones que formula el reclamante sobre la intervención de 5 de noviembre de 2013 por la malposición de los tornillos que se le implantaron y que le produjo un aplastamiento del nervio, así como por la falta de terapia rehabilitadora hasta 7 meses después de la intervención citada, la acción presentada el 3 de diciembre de 2014 se habría ejercitado en el plazo anual previsto en el artículo 142.5 LPAC en atención a la fecha de alta en el Hospital Perpetuo Socorro tras la rehabilitación realizada (el 17 de junio de 2014, folio 83), como recoge la propuesta de resolución.

2. Por el contrario, se coincide con el órgano instructor que la acción ejercitada frente a las intervenciones de prótesis de cadera a las que atribuye *mala praxis* habría prescrito, dado que la primera de ellas (artroplastia total de cadera derecha) fue practicada el 24 de febrero de 2011 (alta hospitalaria el 28 siguiente), siendo intervenido de cadera izquierda en marzo de 2012. Fue reintervenido el 17 de diciembre de 2012 y dado de alta hospitalaria el 28 de febrero de 2013. El 25 de abril de 2013 el paciente fue citado en consultas externas para seguimiento de prótesis total de cadera bilateral, en la que el facultativo anota respecto a la cadera derecha "OK" y respecto a la cadera izquierda "*ha sido dolorosa desde el principio por un conflicto mecánico, dismetría y trocanteritis que obligó a realizar una revisión de la misma en diciembre de 2012. Mecánicamente se ha arreglado el problema y la dismetría pero no su troncanteritis y las limitaciones funcionales que presenta*".

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido al previsto reglamentariamente.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en materia sanitaria.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

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

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, cuyo informe resulta preceptivo, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Sobre la concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación de infracción a la *lex artis ad hoc* sanitaria pese a las secuelas sufridas por el paciente.

Este Órgano Consultivo ha de basarse respecto a la valoración de las intervenciones quirúrgicas practicadas, en ausencia de una pericial de parte en contrario, en las consideraciones de los informes obrantes en el expediente, destacadamente en el evacuado por la Inspección Médica que, como se ha indicado, está obligada a realizar un análisis imparcial y objetivo de la *praxis médica* en virtud de su reglamentación específica.

Veamos cuáles son sus consideraciones sobre las dos imputaciones formuladas por la parte reclamante en relación con la intervención de estenosis de canal lumbar que se realizó al paciente el 6 de noviembre de 2013, siendo reintervenido el 13 siguiente para la revisión de tornillos izquierdos (artrodesis L5-L3):

1. El reclamante atribuye la causa del daño neurológico a la malposición de los tornillos que se le implantaron en la intervención de 5 de noviembre de 2013, que produjeron un aplastamiento del nervio.

La Inspección Médica, tras explicar la patología osteomuscular a varios niveles que tenía el paciente (hombro, rodillas y coxartrosis bilateral), describe la estenosis de canal diagnosticada al paciente y cuando se ha de proponer la cirugía, señalando en relación con el caso concreto:

"El paciente presentaba clínica de dolor lumbar, alteraciones en los MMII, Lassegue (+) a 45° y claudicación a la marcha a 50 m, la RMN mostraba signos degenerativos y estenosis.

En la consulta del mes de mayo de 2013 se le explica al paciente la intervención que se propone y firma el documento de consentimiento para la misma en el que queda recogido como riesgo, las lesiones neurológicas irreversibles.

Se le interviene quirúrgicamente en noviembre de ese año mediante descompresión, fijación con tornillos y espaciador. En el postoperatorio presenta prácticamente desde el inicio déficit en la extensión del tobillo y adormecimiento en el territorio de la L4 izquierda. Se realiza TAC que informa de malposición de los tornillos.

La malposición de tornillos es una complicación conocida de la cirugía de columna. Diferentes autores comunican errores por malposición de los tornillos en porcentajes que oscilan entre un 10 a un 20 % comportando lesión neurológica en el 4,5% de los pacientes. Gómez de la Riva y cols. sobre una serie de 74 pacientes con estenosis de canal lumbar intervenidos mediante descompresión y fijación pedicular, la malposición de los tornillos pediculares acompañado de clínica neurológica obligó a la reintervención quirúrgica en un 2,7 % de los pacientes sin que recuperaran el déficit.

Los estudios han demostrado que aún en manos expertas un 20% de los tornillos traspasan un poco los límites del pedículo. Si el tornillo ha transfixiado completamente la raíz es poco probable que la cirugía alivie. Si sólo la comprime o irrita la remoción puede ser beneficiosa. El paciente es reintervenido observándose contusión de la raíz L4 sin solución de continuidad, sin embargo la evolución del paciente fue de mantenimiento de la clínica.

Se decide alta a centro concertado ya que el paciente vivía solo. Se indica ortesis antiequino, tratamiento RHB y

revisión al mes".

Por su parte, el perito de la compañía aseguradora del Ente Público recoge en sus conclusiones (cuarta, folio 186 reverso) que *"La presentación de una lesión radicular en el postoperatorio de una cirugía de artrodesis es una posibilidad conocida y referida abundantemente en la bibliografía y que se contempla en todos los consentimientos informados. El paciente estaba advertido de la posibilidad de aparición de déficits neurológicos tras la cirugía"*.

En suma, la Inspección Médica reconoce que en la cirugía se produjo una complicación que es la malposición de tornillos, que fue diagnosticada adecuadamente y tratada con intervención que dejó secuelas, si bien explica que el tratamiento efectuado era el adecuado a la patología que presentaba y que el paciente era conocedor de las complicaciones que podían surgir, firmando el documento de consentimiento informado para la misma en el que está recogido la posibilidad de lesión neurológica. De ello se derivaría, conforme recoge la propuesta de resolución, que el daño alegado no sería antijurídico a efectos de poder atribuir la responsabilidad patrimonial al Servicio Murciano de Salud.

2. El reclamante atribuye una tardanza en la aplicación al paciente de la terapia rehabilitadora, afirmando que no fue derivado a rehabilitación hasta más de 7 meses después de la última intervención de noviembre de 2013.

Sin embargo, la Inspección Médica expone:

"Respecto al tratamiento RHB tanto de la historia clínica e informe de alta del centro concertado así como del informe solicitado sobre la asistencia fisioterápica prestada al paciente, se conoce que llevó tratamiento fisioterápico indicado por el SMS, desde el ingreso hasta el 15 de febrero que se facturan las últimas sesiones. A partir de ahí se le realizó fisioterapia por el propio centro hasta el mes de mayo en que de nuevo y prescrito por el médico rehabilitador del H. Santa Lucía, se inician otras sesiones."

En la revisión de traumatología al mes de la intervención se recoge la persistencia del déficit motor y sensorial, se pide EMG que muestra denervación aguda en el territorio L4-L5 izquierdo por lo que se insiste en el tratamiento rehabilitador.

El paciente es alta domiciliaria en el mes de junio con indicación de fisioterapia en centro cercano al domicilio. En octubre el informe de fisioterapia recoge mejoría de la sintomatología lumbar, con persistencia del déficit muscular en MII y alteración de la sensibilidad.

La médica del S. de RHB del H. Santa Lucía da el alta por estabilización el 7 de noviembre de 2014 con la siguiente situación:

Marcha con estepaje, bipedestación flexión dorsal muy limitada bilateralmente.

MID: eversión 3+/5, Flexión dorsal 2/5, Flexión plantar 4/5, cuádriceps 4+/5, cadera global 4+/5.

MII: eversión 4/5, Flexión dorsal 1/5, Flexión plantar 4/5, cuádriceps 4/5, cadera global 4/5.

Sensibilidad táctil conservada pero hipoestesia en pie izquierdo.

En abril de 2015 el Dr. x del Servicio de Traumatología solicita RMN que aprecia polidiscopatía lumbar con malposición de tornillos derechos, leve estenosis por discopatía L3-L4 y estenosis L5-S1. Se realiza EMG que informa de radiculopatía crónica moderada L3, L4 y S1 izquierda y severa L5 bilateral. Se propone retirada de los tornillos derechos, reimplantándolos en lugar más alto y externo y TLIF (Fusión Intersomática Lumbar Transforaminal) L5-S1 izquierdo con recambio de espaciador L3-L4 lo que no se ha realizado a fecha de emisión de este informe".

Respecto al tratamiento rehabilitador el perito de la Aseguradora del Servicio Murciano de Salud (hay un error en el nombre de este perito en el folio 206 reverso de la propuesta) expone:

"El 16-12-2013, al mes de la intervención, es revisado por su cirujana con herida en buen estado, Rx de control perfecto, continuando con paresia en territorio L4 izquierdo, déficit motor y sensorial. Se pide EMG para valorar estado actual.

Se recomienda continuar con fisioterapia para fortalecimiento de la musculatura de L4, deambular con andador y ortesis antiequino tipo Boxia, llevar el corsé para la sedestación y deambulación, pudiendo ser retirado para el reposo nocturno y el aseo personal.

Según esta anotación el paciente ya estaba realizando RHB desde el momento de la intervención, pues se le recomienda continuarla. Por añadidura, se le pauta tratamiento antiinflamatorio, antineurítico y regenerador nervioso con estimulantes vitamínicos de la recuperación neurológica.

Además, está ingresado en Medicina Interna en la misma fecha de 16-12-2013. Según Medicina Interna, mantiene inestabilidad y marcha parética, aunque en descenso, aunque ha sufrido una caída durante su ingreso. Se tiene pues constancia de que continúa tratamiento con fisioterapia desde su ingreso hospitalario.

El 04-03-2014 es revisado en Consulta de COT, empezando retirada progresiva de la faja lumbar, continuando con paresia en territorio de L4 izquierdo, con déficit motor y sensorial y solicitando nuevo control EMG y RX en seis meses. Sin llegar a los tres meses después de la cirugía, y tras haber realizado Rehabilitación en el postoperatorio, se pone interconsulta a Rehabilitación para potenciación de la musculatura lumbar y abdominal así como electroterapia de la musculatura dependiente de L4 y L5 que están en fase de denervación activa.

El 02-05-2014 es valorado por RHB con balance muscular MID 4/5 y MII psoas 2/5, cuádriceps 3/5, distal 2/5, deambulando con dos bastones. Se aconseja CNT en piscina. Con esta anotación se certifica que el paciente había realizado Rehabilitador durante estos 5 meses, así como que se aconsejaba continuar con cinesiterapia.

El 17-06-2014, seis meses después de la intervención quirúrgica, es dado de alta del Servicio de Rehabilitación tras tratamiento fisioterápico insistente después de finalizadas las sesiones pautadas por el Servicio de Traumatología (...).

En todo momento, por tanto, se mantuvo al paciente en tratamiento y revisiones de rehabilitación. Cuando fue dado de alta de Rehabilitación, a los seis meses, se le recomendó mantener tratamiento crónico de fisioterapia próxima a su domicilio".

El mismo Hospital Perpetuo Socorro señala, en el informe que es transcrita por la Inspección Médica, que "el paciente ingresó en este centro con fecha 26/11/2013 teniendo autorizado tratamiento rehabilitador y siendo su fisioterapia x".

En consecuencia, en ausencia de cualquier prueba en contrario por parte del reclamante, que no ha formulado escrito de alegaciones frente a los informes precisados, no cabe sino concluir que no resultan acreditados los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación en cuanto a las imputaciones formuladas frente a la intervención practicada el 6 de noviembre de 2013 y sobre la tardanza en la aplicación de la terapia rehabilitadora, al no resultar acreditados los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

SEGUNDA.- Asimismo se dictamina favorablemente la propuesta que desestima la reclamación por prescripción respecto a las imputaciones formuladas por el reclamante frente a las intervenciones practicadas en las caderas.

No obstante, V.E. resolverá.