



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **69/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 22 de marzo de 2018, 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 23 de noviembre de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **326/16**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 17 de septiembre de 2014 x presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expresa lo siguiente.

En el año 2013, en el hospital "Santa Lucía", de Cartagena, tras realizarle diversas pruebas motivadas por sus lumbalgias, se le diagnosticó una radiculopatía lumbar, hernia discal L5-S1, siendo intervenido el 9 de septiembre de ese año para extraerle el disco intervertebral y colocar en su lugar un cajetín intersomático de titanio, además de realizarle una artrodesis instrumentada. Tras la cirugía, en la sala de rayos, fue movilizado con una sábana (en lugar de una tabla rígida o camilla tipo cuchara), produciéndole varias flexoextensiones, dada su gran estatura y envergadura. Esa misma noche comenzó con dolor intenso y parestesias en miembros inferiores, por lo que al realizar un nuevo control radiológico al día siguiente, se evidenció desplazamiento del cajetín intersomático en sentido anterior.

Fue reintervenido para intentar rescatar el elemento desplazado, pero durante las maniobras para cogerlo el cajetín cayó a la zona de retroperitoneo, por lo que se requirió la presencia de especialistas de cirugía general y cirugía cardiovascular por la proximidad de las grandes arterias pero, dado el elevado riesgo, se desestimó cirugía más amplia. Tras realizar un TAC en febrero de 2014 se vuelve a desestimar la cirugía de rescate por ausencia de sangrado y alto riesgo de la intervención.

Señala el reclamante que, a pesar de no producir sangrado, el elemento de titanio produce efecto masa con probable estenosis de vena y arteria ilíaca derechas, responsable de los síntomas que padece en la pierna (cambios de temperatura por compresión arterial y edema por compresión venosa). Indica, además, que ha permanecido incapacitado para su profesión de albañil y que ha solicitado el reconocimiento de una incapacidad permanente total.

Considera que existe una relación causal entre una deficiente prestación sanitaria recibida del SMS y las secuelas que sufre, debido a una mala praxis en la forma en que fue movilizado tras la intervención y en la realización de la reintervención posterior, que causaron la migración y posterior caída de la prótesis de titanio. Solicita una indemnización de 25.096,80 euros, según un informe médico de 16 de septiembre de 2014, de valoración del daño corporal, por las siguientes secuelas:

- Material de osteosíntesis en columna vertebral (el cajetín intersomático desplazado de referencia): 10 puntos.

- Trastorno adaptativo reactivo a patología física, en concreto, trastornos arteriales/venosos de origen posttraumático, con claudicación, frecuentes pero sin cambios tróficos: 10 puntos.

Dicho informe médico no analiza la adecuación de la praxis médica a la "*lex artis ad hoc*" y finaliza expresando que "*la complicación ocurrida (migración de la prótesis de titanio a retroperitoneo) no es de las previsibles en la cirugía de columna (puede migrar el material pero es rescatable)*".

Adjunta, además, diversa documentación de su historia clínica.

SEGUNDO.- El 7 de octubre de 2014, el Director Gerente del SMS dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que es notificado a los interesados. En la misma fecha se solicita la historia clínica del paciente e informes de los facultativos que lo atendieron documentación a la Gerencia de Área II, a la cual pertenece el citado hospital.

TERCERO.- Mediante oficios de 25 y 28 de noviembre se remite desde la citada Gerencia de Área II la documentación solicitada, destacando de la misma el informe (sin fecha) del Dr. x, Médico Adjunto del Servicio de Traumatología del citado hospital, en el que manifiesta:

"El paciente efectivamente fue intervenido en la fecha señalada y se le realizó un Tlif L5-s1.

En el postoperatorio inmediato, al realizar el control radiológico postoperatorio se objetivó una colocación muy anterior y lateral del cajetín intersomático. Se interpretó como una movilización del mismo, ya que durante el control de radioscopy intraoperatorio no se había observado esta colocación incorrecta del mismo.

En cuanto a este punto no puedo saber que ocurrió cuando al paciente se le realizó la radiografía, ya que no estaba allí, aunque considero poco probable que el cajetín se movilizase por las maniobras que el paciente refiere que se le hicieron. Posiblemente durante el proceso de realización de la disectomía se produjo una ruptura del anulus anterior y lateral y esto fue lo que condicionó el desplazamiento del mismo.

Se presentó el caso en sesión clínica y se decidió de manera unánime reintervenir al enfermo para intentar movilizar la caja y colocarla de manera correcta.

El proceso de extracción de la caja fue más dificultoso de lo esperado y en una de las maniobras de extracción el cajetín se precipitó en sentido anterior hacia el retroperitoneo. Posiblemente había una rotura en el annulus anterior (la parte anterior del disco) producida durante la discectomía.

Se intentó extraer el cajetín sin éxito por vía posterior durante varias horas, y como resultado de la manipulación se produjo un sangrado importante, que si bien no supuso un riesgo hemodinámico para el paciente, nos tuvo seriamente preocupados durante la operación.

Al no poder extraer la caja por vía posterior decidimos hablar con los compañeros de cirugía vascular y general para plantear una extracción por vía anterior.

En este sentido he de decir que la vía anterior es una vía de la cirugía de columna (por la que se realiza el ALIF). Quiero decir con esto que en otras unidades esta cirugía que nosotros hicimos se hace de forma habitual por vía anterior. No se trata de que hubiese que hacer una vía ajena a la cirugía de columna. De hecho otras complicaciones, como las pseudoartrosis de la caja intersomática, se rescatan de manera habitual por vía anterior.

Se habló con los compañeros y se decidió no realizar esta vía porque se consideró que donde estaba la caja no había una interferencia directa con ninguna estructura, y al ser un material inerte (titánio), no tenía por qué haber problemas de reacciones tisulares que generasen problemas a largo plazo.

Se consideró con el jefe de servicio y se reunió la unidad de columna de manera urgente, y se decidió explicar a la familia la situación y comunicarles la complicación que habíamos tenido durante la operación.

Les explicamos las opciones que habíamos barajado y les dimos nuestras razones.

La familia en ningún momento nos pidió que extrajéramos el material ni nos dio el consentimiento para hacerlo.

Se procedió a finalizar la intervención colocando otro dispositivo por vía posterior, acto que resultó tremadamente difícil por el sangrado intenso que tenía el paciente y por la falsa vía que se había generado con el anterior cajetín, que hacía que en todo momento la nueva caja se desplazase hacia la posición de la anterior.

A pesar de no ser un resultado satisfactorio para nosotros, decidimos finalizar la intervención dado lo prolongado de la operación y del sangrado. Barajamos el riesgo infeccioso y trombótico y decidimos que debíamos acabar.

En cuanto a este punto no considero que haya habido mala praxis por mi parte. En todo momento estuve pendiente del enfermo y aunque es cierto que existieron complicaciones que no son habituales, se actuó en todo momento con celeridad para intentar solucionarlas. Lo ocurrido puede no ser una complicación frecuente de esta cirugía pero Sí es una complicación posible cuando se está intentando extraer un cajetín intersomático por vía posterior.

Por el otro lado el paciente en el postoperatorio ha presentado una evolución normal, como cualquier otro paciente operado de una TLif. Con la salvedad de que el paciente presentó síntomas de manipulación de la raíz L5 debido a lo agresivo de la cirugía. Los síntomas que presenta en esa pierna yo siempre los he achacado a esta manipulación (edema y cambios de temperatura son síntomas que también ocurren por la manipulación de la raíz). Le solicité un tac precisamente para valorar la posibilidad de compresión de estructuras vasculares. El tac no informó de compresión arterial ni venosa ni de efecto masa.

Desconozco si el paciente se ha hecho alguna prueba posterior que informan de alguna lesión en este sentido. Si ha sido así el paciente nunca me lo ha comunicado y por tanto nunca he podido ponerle tratamiento.

Al paciente se le ha propuesto ser intervenido por vía anterior para realizar la extracción de la caja y una artrodesis L5-S1 mediante técnica (alif) y lo ha rechazado.

Lo ocurrido con este paciente lo considero una complicación grave, pero dentro de las complicaciones posibles que existen en la cirugía de rescate de una caja intersomática (cabe destacar que las complicaciones habituales de esta cirugía son la lesión de las meninges, la infección, meningitis del pseudomeningocele, todas ellas potencialmente muy graves), la extracción de un cajetín intersomático es siempre una cirugía de alto riesgo".

CUARTO.- El 24 de abril de 2015 se aporta por la compañía de seguros "--" un informe realizado por el Dr. x, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, que concluye lo siguiente (folios 103-107 exp.):

"1.- x, de 34 años de edad, padecía una gran hernia discal extruida y con compromiso neurológico a nivel L5-S1 derecho cuyo tratamiento ideal era el quirúrgico.

2. - La cirugía se realizó el día 09/09/2023, efectuándose una discectomía y artrodesis de ese espacio con dispositivo TLIF más tornillos pediculares y barras, junto con injerto óseo autólogo. Técnica correcta.

3.- En los controles radiográficos inmediatos (se solicitaron dos, por dudas en el primero), practicados el mismo día de la intervención y al día siguiente, se apreció una movilización del dispositivo, que estaba demasiado anterior y lateral hacia la derecha, por lo que, visto en sesión clínica, se decidió reintervenir, para su correcta colocación. Correcto.

4.- La reintervención tuvo lugar el 13/09/13, resultando muy difícil extraer el dispositivo y produciéndose un mayor desplazamiento de éste hacia delante, que quedó finalmente alojado en zona retroperitoneal. Avisados los cirujanos generales y vasculares para considerar un abordaje anterior, se desestimó esta posibilidad, por el gran riesgo quirúrgico en relación con las posibles consecuencias de la nueva situación del dispositivo. Se informó a los familiares de la situación y se terminó colocando un nuevo dispositivo. Correcto.

5.- La evolución posterior fue la que se puede considerar normal para una cirugía de este tipo, quedando como secuela una discreta radiculopatía L5 derecha, que nada tiene que ver con el problema del dispositivo desplazado, pero que sí encajaría perfectamente en las secuelas habituales de una intervención de hernia discal. Por otro lado, se llevó a cabo un adecuado seguimiento del dispositivo desplazado, el cual no varió en absoluto su posición durante los 12 meses siguientes.

6 y última: Por tanto, no se reconoce la existencia de mala praxis en el tratamiento realizado a este paciente. Lo ocurrido fue una complicación posible dentro de la técnica que se le realizó y que se intentó resolver de forma adecuada, sin poderse conseguir. La presencia del dispositivo en la zona donde está no puede provocar problemas mayores y, desde luego, no es causa de la sintomatología residual del paciente".

QUINTO.- Otorgado un trámite de audiencia al interesado, el 27 de mayo de 2015 presentó escrito de alegaciones en el que, en síntesis, reitera lo expresado en su escrito inicial y eleva su petición de indemnización en 90.000 euros, por considerar que la mala praxis sanitaria a que se refiere es la causante de la incapacidad permanente total para su ocupación habitual que se le ha reconocido por sentencia del orden jurisdiccional social de 18 de marzo de 2015, que adjunta. En consecuencia, solicita un total de 115.096,80 ?.

SEXTO.- Solicitado en su día un informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 17 de mayo de 2016, que concluye lo siguiente (f. 120 a 129 exp.):

"x es intervenido por hernia discal el 09/09/2013 mediante TLIF L5/S1, con consentimiento informado firmado, al día siguiente tras confirmar con Rx una colocación muy anterior y lateral del cajetín de osteosíntesis, que la familia interpreta que fue a causa del traslado de la camilla con una sábana, se decide intervenir de nuevo para colocar la caja, pero en el proceso de extracción (13/09/2016) se produce una precipitación anterior del cajetín al peritoneo, que no pueden recuperar y continúan con la colocación de otra caja intersomática que igualmente queda desplazada. Se reclama que por el normal o anormal funcionamiento del Servicio Público Sanitario ha soportado un perjuicio que no debía.

1.- Se produce un desplazamiento anterior del cajetín intersomático en la intervención del 09/09/14.

2.- La elección de la vía de abordaje en la segunda intervención (13/09/2014) para la colocación del cajetín es la vía anterior (ALIF), es la forma indicada para una intervención en vez de usar la misma vía posterior, lo que contribuyó a la dificultad en la colocación del cajetín, que quedó de nuevo desplazado anterior, sin embargo la precipitación al peritoneo se considera un imprevisto en el curso de una cirugía dificultosa (recogido en el consentimiento informado).

3.- Presenta como secuelas dolor lumbar mecánico y dolor neuropático a consecuencia de la lesión iatrogéna de la raíz L5, sin embargo la intervención quirúrgica de artrodesis del segmento lumbar es en sí misma considerada como incapacitante de forma permanente para la realización de su profesión habitual (albañil).

4.- Que las consecuencias de la presencia del cajetín en peritoneo no produce sintomatología ni complicaciones, pues según el resultado de TAC realizado para valorar la ubicación de la caja con las estructuras vecinas, no presentan riesgo por su colocación en relación a su entorno".

SÉPTIMO.- Mediante oficios de 7 de julio de 2016 se acordó un nuevo trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, no constando presentada alegación alguna.

OCTAVO.- El 7 de noviembre de 2016 se formula una propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no acreditarse infracción a "lex artis ad hoc" en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización.

NOVENO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El reclamante tiene legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por alegar haber sufrido en su persona los daños físicos (de posterior análisis) que imputa al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS.

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

III. 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.

TERCERA.-Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

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.

Así, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente".

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que "la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos 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 la curación del paciente".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que "los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la *praxis médica* durante la

intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

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 de conformidad con el artículo 10.1 RRP, 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.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Determinación de los daños eventualmente resarcibles. Falta de acreditación de los alegados con la asistencia sanitaria cuestionada.

En su último escrito presentado en el presente procedimiento, el reclamante resume sus alegaciones y pretensión indemnizatoria afirmando la "*existencia de una evidente mala praxis, tanto al ser movilizado a través de una sábana inmediatamente a la intervención quirúrgica* (realizada el 9 de septiembre de 2013 en el hospital "Santa Lucía", de Cartagena, por la existencia de gran hernia discal extruida y con compromiso neurológico a nivel L5-S1 derecho, efectuándose una discectomía y artrodesis de ese espacio con dispositivo TLIF más tornillos pediculares y barras, junto con injerto óseo autólogo) *como en la maniobra de reintervención quirúrgica para tratar de coger el cajetín intersomático de titanio* (realizada el siguiente 13, no consiguiendo extraer el dispositivo y produciéndose un mayor desplazamiento de éste hacia delante, que quedó finalmente alojado en zona retroperitoneal), *ocasionando la primera de las deficientes actuaciones* (es decir, el ser movilizado de una camilla de la sala de rayos a otra mediante una sábana) *el desplazamiento del cajetín, y la segunda de ellas (la reintervención para extraer éste) su caída y alojamiento en la zona del retroperitoneo, ya que la complicación ocurrida (migración de la prótesis de titanio a retroperitoneo) no es de las previsibles en la cirugía de columna (puede migrar el material pero es rescatable)*".

Siendo presupuesto necesario para la eventual determinación de la responsabilidad patrimonial administrativa la acreditación de los daños por los que se solicita indemnización, como se indicó en la Consideración precedente, es necesario que se acredite que tales daños traen su causa, inicialmente al menos en una relación puramente fáctica (aquí, de carácter médico), con las deficientes actuaciones que se imputan a la asistencia sanitaria pública.

En este sentido, el reclamante alega tres conceptos indemnizatorios:

- Por lo que se refiere a la incapacidad permanente total para su ocupación habitual (albañil), judicialmente declarada, los dos informes periciales son taxativos a la hora de afirmar que se debe a su previa y grave patología de base, que incluso una intervención plenamente normal de una grave hernia discal como la del reclamante no podría impedir en todo caso para una profesión como la suya. Véanse las conclusiones 5^a y 6^a del informe reseñado en el Antecedente Cuarto y las 3^a y 4^a del informe reseñado en el Antecedente Sexto.

- Respecto del alegado trastorno arterial de origen traumático, se basa en el informe de valoración del daño corporal elaborado el 16 de septiembre de 2014, mucho antes, pues, de la última prueba que consta realizada (el TAC de 22 de febrero de 2016, f. 101 exp.), de la que, junto al resto de consideraciones efectuadas, los referidos informes periciales afirman que no se objetivan en dicha prueba (vid. asimismo las referidas conclusiones).

- En relación con la presencia de material de osteosíntesis en el cuerpo del reclamante, en concreto, el cajetín de titanio migrado a la zona retroperitoneal, dichos informes expresan que no representa riesgo significativo para la salud del paciente; la conclusión 6^a del informe de la Inspección Médica expresa "*que las consecuencias de la presencia del cajetín en peritoneo no produce sintomatología ni complicaciones, pues según el resultado de TAC realizado para valorar la ubicación de la caja con las estructuras vecinas, no presentan riesgo por su colocación en relación a su entorno*". Lo que representaba un riesgo relevante, y por eso no se realizó, era rescatar en todo caso dicho cajetín de la zona retroperitoneal en que se encontraba, por el riesgo meramente iatrogénico (quirúrgico) de lesionar zonas sensibles, como vienen a coincidir asimismo dichos informes periciales. Aparte, es claro que la presencia de otro material de osteosíntesis, el colocado en la zona herniada, es el efecto consustancial de intervenciones quirúrgicas como la del caso.

Dicho lo anterior, el único daño efectivo que cabría vincular fácticamente con las actuaciones sanitarias cuestionadas serían los días de incapacidad hospitalaria derivados de la reintervención realizada para intentar extraer el cajetín de referencia, 6 días (del 13 al 18 de septiembre de 2013, según el Informe de la Inspección Médica, f. 122 vuelto exp.).

Aun cuando este último concepto no es reclamado por el reclamante, motiva que proceda examinar la cuestión relativa a la adecuación de la praxis médica a la "*lex artis ad hoc*".

QUINTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación de infracción a la "*lex artis ad hoc*" de la actuación sanitaria cuestionada.

I. Por lo que respecta a la primera imputación realizada por el reclamante, es decir, que el cajetín intersomático de titanio se desplazó de su lugar debido a que el paciente fue indebidamente trasladado en una sábana de la camilla de rayos a otra (para ser luego trasladado a otras dependencias del hospital, se deduce), debe decirse tanto que no consta acreditado que el traslado fuese de tal manera como que, incluso en la hipótesis de que así hubiere sido, los informes rechazan que ello tuviera la relevancia que el reclamante pretende, sin apoyo

en informe pericial alguno.

La propuesta de resolución refleja lo expresado al respecto en el informe pericial aportado por la aseguradora del SMS:

"la movilización del TLIF es sumamente improbable que se pudiera producir por las supuestas movilizaciones en la sala de r.x. que el paciente refiere, por varias razones: primero, porque debido a su corpulencia es muy dudoso que se utilizase una sábana para su movilización; segundo, porque sabiendo que se trataba de un paciente recién operado de columna, el personal ya sabe los movimientos que no se le pueden realizar; tercero, no tiene ningún sentido que fueran "varias flexoextensiones"; y cuarto, porque, en el hipotético caso de que se hubiera movilizado la columna de forma inadecuada, el TLIF estaba "asegurado" por los tornillos y barras colocados entre ambas vértebras, de forma que no sería posible su desplazamiento sin que los tornillos también se hubieran soltado, cosa que no ocurrió."

En este sentido, sí han sido aportadas las radiografías del paciente, pudiendo apreciar ya en el primer control postoperatorio (09/09) una no ideal colocación del TLIF, que se encuentra demasiado anterior y lateralizado a la derecha, pero sin llegar a estar extruido. En la segunda radiografía (10/09) la imagen es exactamente la misma, lo cual, en mi opinión, descarta que el desplazamiento del tlif se produjera por los trasladados en la sala de radiología".

Por su parte, el informe de la Inspección Médica razona sobre este aspecto lo siguiente:

"Por lo que entendemos que el motivo del desplazamiento en la implantación del cajetín intersomático de x estuvo relacionado: "1) con una posible mayor incisión posterior del anillo fibroso pudiendo romper la zona anterior o lateral, 2) de la mayor profundidad al resear el espacio intersomático pudiendo romper fibras de la parte anterior del anillo fibroso o del ligamento vertebral anterior (el punto 1 y 2 son los que con mayor probabilidad fueron los causantes del desplazamiento del cajetín), o 3) en la mala colocación milimétrica a la hora de implantar el cajetín, la menos probable pues en la radiografía intraoperatoria estaba bien colocado."

Decir además que es el ejercicio físico y los traumatismos los que afectan a las vértebras intervenidas para ocasionar fracaso por aflojamiento instrumental o fractura de los platillos vertebrales, por lo que parece improbable que los movimientos de transporte del paciente a la camilla pudiera ocasionar el desplazamiento del cajetín".

II. Por lo que atañe a la alegación de mala praxis en la reintervención realizada para intentar extraer el citado cajetín, el reclamante la basa en el mero hecho de que sea infrecuente el que aquél no pueda extraerse y se desplace hacia la zona retroperitoneal, pero sin aportar informe pericial alguno que asevere que tal circunstancia implica en sí misma mala praxis. En la historia clínica obra la específica técnica operatoria empleada, no sólo no cuestionada por informe alguno, sino avalada por los dos informes periciales emitidos. Además, considerando, como se dijo en la precedente Consideración, que el único daño por el que podría reclamarse es el derivado de la incapacidad temporal derivada de la reintervención de que se trata, en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente se contempla como riesgo la posible reintervención quirúrgica para la retirada del implante colocado (f. 98 exp.), lo que es plenamente suficiente a estos efectos.

III. A la vista de todo lo anterior, conforme con lo señalado en las Consideraciones precedentes, y a los pretendidos efectos de que se reconozca la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, se concluye que no existe una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios cuestionados y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación objeto de Dictamen.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera a Quinta del presente Dictamen, por lo que la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación por tales motivos, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.