

Dictamen n^o: **361/12**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **13.06.12**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 13 de junio de 2012, ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por un letrado en nombre y representación de L.P.G. por el que reclama indemnización económica por daños y perjuicios ocasionados por lo que considera una defectuosa asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Clínico San Carlos y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al considerar que se produjo un retraso en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Brown-Sequard que le ha ocasionado un dolor neuropático en tronco y miembro inferior izquierdo, secundario a lesión medular.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado en el registro auxiliar general de la Comunidad de Madrid el 29 de julio de 2011, el representante del perjudicado formuló reclamación de indemnización por un supuesto que estima como retraso diagnóstico del síndrome de Brown-Sequard con lesión medular incompleta y que considera la causa de las secuelas neurológicas padecidas por mielopatía compresiva cervical crónica y de los daños y perjuicios subsiguientes, incluso de naturaleza psicológica y laboral, los cuales imputa al funcionamiento de los servicios asistenciales de los Hospitales Universitarios Clínico San Carlos y Gregorio Marañón.

También expresa que el paciente no recibió información correcta sobre *“las opciones diagnósticas”* existentes.

En la actualidad el reclamante tiene reconocida una invalidez permanente absoluta, adjunta sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

Se adjuntan al escrito de reclamación poder acreditativo de la representación con que actúa el reclamante, diferentes informes médicos, y sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid concediéndole una invalidez permanente absoluta por déficit neurológico irreversible. Por todo ello, solicita una indemnización cuya cuantía *“determinará en fase procesal posterior”*.

SEGUNDO.- Se inició expediente de responsabilidad patrimonial de la Administración, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

La historia clínica del perjudicado permite describir los siguientes hechos:

En el año 2005 el paciente fue visto en consulta en 3 ocasiones:

- En el mes de abril refirió dolor en hipocondrio izquierdo, estreñimiento, deposiciones negruzcas y meteorismo. No refirió sintomatología neurológica ni otros síntomas. Estaba en tratamiento con omeprazol y Almax. Aportó informe de endoscopia de marzo de 2005 en el que constaba la existencia de varices esofágicas grado I-II y gastropatía superficial astral. Se palpó hígado a 3 cm del reborde costal y

telangiectasias malares con rubicundez facial. Se solicitaron varias pruebas para completar estudio: analítica completa, con determinación de plomo en sangre desde el inicio de su relación laboral, ecografía abdominal y colonoscopia.

- En mayo de 2005 acudió a consulta con los resultados de las pruebas solicitadas. La colonoscopia se informó: hemorroides internas congestivas y polipectomía de 5 pólipos de varios milímetros en recto y sigma con anatomía patológica de displasia leve en uno a 45 cm, resto adematosos sin displasia y diverticulosis de sigma. Se le recomendó no consumir alcohol.

- En octubre de 2005 acudió con el resultado de ecografía hepática de fecha 14 de octubre de 2005, que mostraba hepatopatía crónica por consumo de alcohol. Etilismo de años de evolución. Se remitió a consulta de Aparato Digestivo y se citó en enero de 2006.

En noviembre de 2006 acudió en dos ocasiones por sensación de hormigueo en pierna izquierda. La exploración neurológica fue normal: buena coloración sin pérdida de fuerza, reflejos conservados y buena sensibilidad. Se solicitó analítica por la que se descartó hepatopatía crónica por VHB y VHC, se consideró de etiología alcohólica. Se recomendó dieta y ejercicio. Se citó para revisión en marzo 2007.

No acudió a la consulta de marzo de 2007 en el Servicio de Prevención Laboral y se citó en junio, cita a la que acudió con un informe de su médico de atención primaria (MAP) por el que solicitaba una interconsulta a Traumatología o resonancia magnética nuclear (RMN) de columna lumbar para descartar hernia o profusión discal. No consta que con anterioridad hubiera acudido a consulta por estos motivos.

El 26 de junio de 2007 se realizó RMN lumbar sin contraste en la que se observaron cambios degenerativos en columna lumbar. En L4-L5 protusión difusa lateralizada con estenosis del foramen derecho sin

compromiso de la raíz L4 a ese nivel. Existía migración caudal de la hernia que contactaba con raíz L5 derecha en el receso lateral. Protusiones discales difusas sin compromiso radicular en L2-L3 y L3-L4. Hipertrofia de las articulaciones interapófisarias L3-L4 en relación a cambios degenerativos. Se derivó a Traumatología.

No fue visto en el Servicio de Prevención por este motivo en ninguna otra ocasión.

Constan en la historia clínica citaciones en Traumatología en septiembre de 2007, así como Rehabilitación y primera consulta en Neurología en octubre de 2007.

La valoración del Traumatólogo del Hospital Clínico San Carlos en consulta de 13 de septiembre de 2007 refiere lo siguiente: *“dolor lumbar de más de un año de evolución irradiado hacia región inguinal y pierna izquierda por cara anterior hasta el tobillo. Ha estado en tratamiento con Inzitan dos cajas sin mejoría y Bospororn, Lyrica e Hidroxil. Refiere parestesias en miembro inferior izquierdo (MII) con reflejos osteotendinosos (ROT) presentes y simétricos”*. A la vista de la RM realizada el 26 de junio de 2007 anota: *“No correlación clínico-radiológica”*. Se pidió electromiografía (EMG) y Rehabilitación.

El resultado del EMG, realizado el 4 de octubre de 2007 de nervios tibiales, perineos y gemelos fue: *“el aumento de la incidencia de polifagia como único hallazgo EMG patológico es inespecífico. En relación a la historia clínica del paciente podría corresponder a una mínima radiculopatía motora crónica en raíces L5-S1 izquierdas. Concomitantemente a la patología descrita, el estudio del reflejo H es compatible con una radiculopatía sensitiva de intensidad leve en raíz S1 izquierda”*.

El 4 de octubre de 2007 se realizó estudio de columna-pelvis con resultado de cambios degenerativos en columna lumbar y disminución del espacio discal intervertebral entre vértebra transicional y última vértebra lumbar así como esclerosis de articulaciones interapofisarias en estos niveles. La altura de los cuerpos vertebrales estaba conservada.

El 29 de octubre de 2007 consta una petición desde la consulta de Neurología para realizar RM cervico-dorsal por posible síndrome de Brown-Sequard con nivel 09-010 sensitivo izquierdo a descartar lesión tumoral canal cervico-dorsal y/o degenerativa.

Se realizó valoración del paciente por Neurología anotando que el paciente refiere dolor de una subcostal derecha que se extiende la sensación de adormecimiento hacia la zona genital y glúteo derecho y también hasta pie izquierdo hasta los dedos. También expresa que padece escozor en la ingle izquierda. No muestra dolor radicular. A veces retención de orina, polaquiuria, estreñimiento, impotencia. Refiere distensión abdominal izquierda. No debilidad. Expresa que ha engordado 10 kg en 3 o 4 meses. Se revisan pruebas realizadas, EMG, RM lumbar, eco abdominal y se realiza exploración neurológica, detectando hipoestesia táctil en miembro inferior izquierdo (MII) desde D12, con diagnóstico de pseudo Brown-Sequard.

El 15 de noviembre de 2007 se recibieron resultados de RM cervical realizada el 31 de octubre anterior, que fue informada de mielopatía cervical compresiva C3-C4 por hernia discal.

Se envió a Neurocirugía del Hospital Gregorio Marañón para operar. El 24 de diciembre de 2007 fue visto por Neurocirugía del Hospital Gregorio Marañón. En consulta el paciente refirió que le dolía todo: cuello, brazos, piernas y la cabeza desde hacía un año. Se anota: *“Le cuesta andar, dice que ha perdido fuerza en las piernas (...)”*. Se solicitan potenciales evocados somato-sensitivos (PESS).

El 14 de enero y 6 de febrero de 2008 se realizan PESS con la siguiente conclusión: Alteración de la vía somato-sensorial y cortico-espinal bilateral de mayor grado en el lado izquierdo. La exploración sitúa la lesión en región medular cervical. Se diagnosticó mielopatía secundaria a hernia discal cervical C3-C4. El 29 de febrero de 2008 se le tramita ingreso para cirugía. Fue citado el día 9 de abril de 2008 en Anestesia.

Consta informe de ingreso del día 6 de mayo de 2008 en el Servicio de Neurocirugía, con alta el día 12 de mayo, para intervención quirúrgica de microdiscectomía C3-C4 mediante técnica de Smith-Robinson e injerto LSK con cresta y placa cervical. El enfermo presentó buena evolución en el postoperatorio inmediato, con dolor local de incisión de cresta ilíaca. Se realizó radiografía (Rx) de control de columna cervical objetivando correcta colocación de sistema de osteosíntesis. Se indica el tratamiento a seguir y próxima consulta de revisión. Firmó consentimiento informado de intervención quirúrgica con los riesgos generales y particulares de la misma así como firma del consentimiento de anestesia.

El 18 de junio de 2008 acudió a primera consulta tras cirugía. Refiere que no ha notado mejoría significativa tras cirugía. Manifiesta dolor abdominal y distensión. La Rx de columna cervical en flexo extensión se informa: *“Hiperostosis idiopática con calcificación de los ligamentos. Sin signos de inestabilidad en la articulación atlo-axoidea ni en el resto de columna cervical con los movimientos de flexión y extensión del cuello”*. Se pauta nueva consulta en tres meses y RM cervical si no hay mejoría. El 21 de septiembre de 2008 el paciente dice seguir igual por lo que se piden RMN y PESS.

El 26 de noviembre de 2008 el paciente indica que sigue más o menos igual. El informe de la RMN cervical realizada el 4 de noviembre de 2008, sin contraste expresa: *“Fijación metálica en C3-C4. Persiste estenosis de canal raquídeo cervical por cambios degenerativos muy evidentes desde C2*

a T2, la médula cervical presenta signos de mielopatía en el nivel coincidente con C3-C4. El tamaño de los agujeros de conjunción presenta una estenosis en lado derecho en C2-C3 y bilateral en C3-C4-C5-C6 y en menor medida C6-C7 y C7 -T1. Conclusión: estenosis del canal raquídeo cervical de causa degenerativa. Mielopatía. Estenosis foraminal en los niveles reseñados. Refiere que han mejorado algunos síntomas de miembros superiores (MMSS) pero en miembros inferiores (MMII) persiste hipoestesia y hormigueos dolorosos en MII”. Por su parte el resultado de los PESS de 13 octubre 2008 muestra ligero empeoramiento con respecto a PESS previo de la vía somatosensorial permaneciendo sin cambios la vía corticoespinal.

El 14 de enero de 2009 se realiza informe en la consulta de Neurocirugía del Hospital Gregorio Marañón del siguiente tenor:

“Paciente intervenido en mayo de 2008 de hernia discal C3-C4 ocasionando importante mielopatía asociada. Previa a la cirugía el paciente presentaba alteración de la deambulación con sensación de acorchamiento en hemicuerpo izquierdo. Durante la cirugía se realizó microdiscectomía C3-C4 con injerto intersomático y placa cervical. Durante el postoperatorio no ha presentado mejoría significativa del cuadro clínico. Se han realizado estudios electrofisiológicos objetivándose lesión medular similar a la previa de la cirugía. En RM de control se objetiva ausencia de compresión cervical en zona de la cirugía con persistencia de mielopatía asociada. En el momento actual el paciente presenta una afectación de vías corticoespinal y somatosensorial a nivel de médula espinal cervical secundario a la lesión medular que presenta como secuela de la compresión producida por hernia discal ya resuelta en el momento actual”.

En el año 2009 se envía volante desde el Servicio de Prevención del Hospital Clínico para reconocimiento laboral al que no acude. Se recibe

nota del Instituto Nacional de la Seguridad social (INSS) en marzo en la que se informa que el trabajador ha solicitado una invalidez permanente. En abril de este año el paciente acude a consulta solicitando un EMG y requiere también un informe actualizado del especialista que le está tratando para aportar sus alegaciones a la solicitud de invalidez.

El 1 de diciembre de 2009 en consulta en Neurocirugía se valoran resultados de RM cervical que no muestra compresión medular. El especialista anota: *“No considero indicación de tratamiento quirúrgico en el momento actual”*.

El 25 de noviembre de 2009 el enfermo acude de nuevo a consulta. Refiere dolor en hemisferio izquierdo con dolor quemante y alodinia. La prueba de Lassegue es negativa. Se valora posible dolor neurótico secundario a lesión medular. Se pauta Neurontín.

En enero 2010, en consulta de revisión el paciente indica que no ha experimentado mejoría. Se solicita interconsulta a la Unidad del Dolor y se cita en nueva consulta en seis u ocho meses.

El 9 de junio de 2010 en la Unidad del Dolor se pautan diversos analgésicos para el dolor neuropático por diagnóstico de mielopatía con lesión crónica, que no tolera. Se pauta Tryleptal 300, Cymbalta y como segunda opción Oxycontin. Continúa en tratamiento con distintos cambios en los medicamentos analgésicos hasta febrero de 2011.

El 24 de noviembre de 2010 se hospitaliza al paciente para colocación de electrodo cortical para control del dolor neuropático en hemisferio izquierdo (tronco y MID). Se solicita RM y el paciente manifiesta mejoría.

El 11 de enero de 2011 se realiza RM de cerebro con contraste en la que se identifica *“una ampliación del sistema ventricular y de los espacios cisternales tanto de la base como de la convexidad en relación con retracción cortical difusa del parénquima cerebral. Se identifican pequeños*

focos hiperintensos mal definidos en secuencias T1 y T2 que predominan en ambos lóbulos frontales de localización periférica. Así mismo también existen <<halos>> de apenas 3-4 mm de grosor en sustancia blanca próxima a astas frontales. En fosa posterior no se observan alteraciones significativas. Depósitos ferromagnéticos en ambos núcleos pálidos, sustancia negra y núcleos rojos de tal forma que se identifican como zonas de hipointensidad en secuencias T2. Conclusión: retracción encefálica difusa inespecífica. Lesiones de sustancia blanca probablemente relacionadas con edad y origen isquémico microvascular en ambos lóbulos frontales con grado de afectación moderado”.

El 8 de marzo de 2011 se realiza consulta en Unidad del Dolor y la exploración revela dolor de características neuropáticas en hemicuerpo izquierdo. Se pauta Durogesic 25 parches y Actiq cada 8 horas. Se anota que el paciente está pendiente de estimulación cortical por el Servicio de Neurocirugía.

El día 20 de mayo de 2011 se realizan estudios funcionales cerebrales con RM por dolor en hemicuerpo izquierdo secundario a Síndrome de Brown-Sequard, que se informa:

“Localización de área motora mano y pierna en corteza en el lado derecho. Se identificaron las áreas motoras correspondientes al movimiento de la mano en la zona correspondiente de las circunvoluciones pre y postrolándica y del pie en el lóbulo paracentral (región paramediana de la circunvolución rolándica). Estas áreas de activación son más extensas en el hemisferio izquierdo”.

El 26 de mayo de 2011 se hace informe de ingreso del Servicio de Neurocirugía para realización el día 27 de craneotomía frontal derecha guiada con neuronavegador y colocación de electrodo a nivel subdural interhemisférico. En el postoperatorio inmediato el paciente presentó crisis parciales motoras en MSI que requirió tratamiento con antiepilépticos. El

paciente no volvió a presentar estas crisis siendo secundarias a neumoencéfalo. El día 10 de junio se colocó generador ITREL-III en región subclavicular derecha. Se realizó Rx control con objetivación de correcta colocación de electrodo. Se decidió el alta el 16 de junio.

Constan en el expediente consentimiento informado de la cirugía con los riesgos generales y particulares de la misma así como consentimiento informado de anestesia.

El 1 de julio de 2011 el enfermo acude a revisión en Unidad del Dolor. Tras la colocación del estimulador cortical se baja las dosis de parche de Durogesic hasta la total suspensión. Sólo está con ranitidina y paracetamol cada 8 horas si aparece dolor. Se le da el alta en esta fecha.

De conformidad con lo prevenido en el artículo 10.1 RPRP, se han incorporado al expediente, además de la historia clínica del perjudicado informe del jefe del Servicio de Neurología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de fecha 16 de agosto de 2011 (folios 269 y 270) e informe del jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Clínico de fecha 19 de agosto de 2011 (folios 186 a 188).

También se ha incorporado informe por la Inspección Sanitaria el 16 de septiembre de 2011 (folios 271 a 312) en el que se concluye:

“1- [El paciente] fue diagnosticado correctamente de un Brown-Sequard (hemisección medular) en octubre de 2007 sin existir demora diagnóstica.

2- No es posible relacionar médicamente un dolor en hipocondrio izquierdo, junto a otros síntomas digestivos (deposiciones oscuras, hepatomegalia) de abril de 2005, con un cuadro neurológico de hemisección medular del año 2007, ya que no refería ningún síntoma neurológico sensitivo ni motor en ese momento.

3- *La sintomatología referida de parestesias y hormigueos en MII en noviembre de 2006, no son patognomónicos de Brown-Sequard ni de patología a nivel cervical.*

4- *No hay datos de sintomatología neurológica en la historia de atención primaria hasta julio de 2007.*

5- *A [el paciente] se le realizaron los estudios y exploraciones adecuadas a los síntomas que iba refiriendo. No existe evidencia de ninguna demora diagnóstica.*

6- *La lesión neurológica crónica no precisa ninguna actuación médico-quirúrgica urgente, ya que apenas mejora a pesar del tratamiento quirúrgico. El objeto del mismo es estabilizar la lesión ósea o hernia discal que causa la compresión y evitar que se extienda el daño a más niveles.*

7 - *La intervención quirúrgica de discectomía C3-C4 y placa cervical realizada fue adecuada a la patología que refería y se le explicó el alcance y el porqué de la misma. Consta firmado consentimiento informado.*

8- *El dolor neuropático que ha aparecido posteriormente y que ha sido causa de colocación de electrodo cortical no es consecuencia de ninguna mala actuación médica ni se debe a ningún retraso diagnóstico. Forma parte de la propia lesión en sistema nervioso periférico que padece. Es una complicación muy poco frecuente, que además ha mejorado.*

9- *Todas las actuaciones médicas realizadas al paciente, fueron correctas según la "lex artis" y "lex artis ad hoc" (sic).*

Mediante escrito de 14 de marzo de 2012, notificado el 20 de marzo (folios 331 a 333), se ha conferido el oportuno trámite de audiencia, tal y como establecen los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 RPRP sin constar formulación de alegaciones por parte del interesado reclamante ni de su representante.

El 30 de abril de 2012, la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

TERCERO.- Por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, mediante escrito de 7 de mayo de 2012, registrado de entrada en este Consejo Consultivo, el día 17 del mismo mes, se remitió junto con la petición de dictamen en el que se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos a la Sección VI, presidida por el Excmo. Sr. D. Pedro Sabando Suárez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 13 de junio de 2012.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13. 1 f) 1º de su Ley reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- Ostenta el perjudicado legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que es la persona que sufre el daño causado, supuestamente, por la deficiente asistencia sanitaria. También ha de

significarse que la representación del letrado actuante ha quedado debidamente acreditada mediante la aportación al expediente de poder notarial.

Del mismo modo procede afirmar la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, al encontrarse los hospitales Clínico San Carlos y Gregorio Marañón integrados en la red pública sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.

Por lo que se refiere al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, el artículo 142.5 LRJ-PAC establece el plazo de prescripción de un año, que debe computarse, tratándose de daños físicos o psíquicos, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

El paciente recibió el alta en la Unidad del Dolor, según la historia clínica, el 1 de julio de 2011, tras la cirugía para implantar electrodos de estimulación, por lo que la reclamación presentada el 29 de julio del mismo año ha de considerarse formulada en plazo.

El procedimiento se ha iniciado a instancia de parte y se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos. Especialmente, se ha recabado informe del servicio cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia exigidos en los artículos 9, 10 y 11 del Real Decreto 429/1993, respectivamente, y en los artículos 82 y 84 LRJ-PAC.

TERCERA.-La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este

precepto se encuentra contenido en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC y en el RPRP.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Aplicando lo anterior al caso objeto del presente dictamen cabe considerar que el expediente advera suficientemente la mielopatía sufrida por el enfermo, daño que es evaluable económicamente e individualizado en la persona del reclamante.

Procede a continuación analizar si los daños acreditados son imputables al funcionamiento del servicio público sanitario.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, exigiéndose para su existencia no sólo la lesión sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Resulta ello relevante porque la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración, a través de esta institución, en una aseguradora

universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder sólo de aquellos que no tengan el deber jurídico de soportar.

Los hechos por los que el reclamante considera que ha de declararse la responsabilidad de la Administración consistirían en un supuesto retraso de diagnóstico de su mielopatía por síndrome de Brown-Sequard lo que, según expresa en la reclamación, *“influyó negativamente en la evolución de su estado de salud, por sufrir secuelas físicas que no presentaba con anterioridad”*.

De acuerdo con el informe emitido por la médica inspectora:

- En el año 2005 el paciente padeció una patología gástrica o intestinal, sin relación alguna con el síndrome de Brown-Sequard.
- Hasta noviembre de 2006 el enfermo no refiere sintomatología neurológica alguna y, entonces, solo se quejaba de hormigueo en pierna izquierda, síntoma que no es, por sí solo, sospechoso del síndrome de Brown-Sequard, ya que no le acompañaban otros síntomas sensitivos ipsi y heterolaterales, por lo que los estudios lumbares que se realizaron parecían indicados sin que hubiera signos de alarma para considerar la situación como urgente.
- El paciente no acudió a la cita de marzo de 2007 sino que acudió en junio con una RM y fue remitido a Traumatología del Hospital Clínico, donde obtuvo cita en septiembre de 2007. El traumatólogo a la vista de los resultados de EMG remitió al paciente a Neurología el mismo mes de octubre, momento en que se realizó el diagnóstico de posible síndrome de Brown-Sequard. Para descartar tumor medular, que es una de las posibles causas de esta enfermedad, se realizó RM cervical y el enfermo fue derivado a Neurocirugía del Hospital Gregorio Marañón, donde fue visto en diciembre de 2007, incluido en lista de espera quirúrgica en febrero de 2008 e intervenido en mayo de 2008.

Por todo ello la inspectora concluye que al paciente “(...) *se le realizaron los estudios y exploraciones adecuadas a los síntomas que iba refiriendo. No existe evidencia de ninguna demora diagnóstica*” ya que “*la sintomatología referida de parestesias y hormigueos en MII en noviembre de 2006 no son patognomónicos de Brown-Sequard ni de patología a nivel cervical*” y “*no hay datos de sintomatología neurológica en la historia de atención primaria hasta julio de 2007*”.

Además añade que “*el dolor neuropático que ha aparecido posteriormente (...) no es consecuencia de ninguna mala actuación médica ni se debe a ningún retraso de diagnóstico. Forma parte de la propia lesión en sistema nervioso periférico que padece. Es una complicación muy poco frecuente que, además ha mejorado*”.

A la vista de este informe no cabe sino concluir que no existió retraso de diagnóstico como reclama el interesado, tampoco existe relación de causalidad entre el dolor que sufre y la actuación sanitaria practicada sino que el dolor trae causa de la propia patología del enfermo, que ha sido tratada correctamente y de conformidad con la *lex artis* aunque no haya sido posible, por desgracia, la curación del paciente.

La reclamación también reprocha una vulneración del derecho a la información del enfermo.

Sobre este particular, el jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Gregorio Marañón expresa que en “*los pacientes con mielopatía cervical espondilótica que son intervenidos rara vez mejora su cuadro clínico, y así se explica siempre a los pacientes, indicándose que la intervención se realiza para intentar estabilizar la clínica y que no empeore, pero nunca se garantiza al paciente que vaya a mejorar, y se le explica que incluso existe la posibilidad de empeoramiento clínico, como consta en la hoja de consentimiento informado que firmó el paciente*”.

En el expediente remitido consta un documento de consentimiento informado suscrito por el enfermo (folio 99) en el que, de forma expresa, consta:

- *“Comprendo y acepto que la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y o se puede garantizar un resultado”.*
- *“He comprendido que en algunos casos la cirugía puede curar, poniendo fin al tratamiento, pero en otras ocasiones no es curativa sino que el objeto de la intervención en esos caso es aliviar los síntomas o evitar su progresión”.*

En cuanto a la falta de información sobre *“opciones diagnósticas”*, tal y como la concreta el representante del reclamante, solo cabe reiterar que en el caso sometido a dictamen solo hubo dos diagnósticos posibles en función de la sintomatología del enfermo:

- Lumbociática generada por profusión o hernia discal, sospechada por el único síntoma de hormigueo en MII.
- Síndrome de Brown-Sequard, a la vista del EMG solicitado por el traumatólogo por si existía lesión neurológica derivada de las sospecha de lumbociática previa.

El informe de RMN de columna lumbo-sacra sin contraste emitido el 26 de junio de 2007 (folio 230) se mencionan diversas profusiones discales sin compromiso radicular, por lo que no cabe dudar de que el paciente obtuvo esta información diagnóstica.

Por otro lado, en el informe de la RM de columna dorso cervical de 31 de octubre de 2007 (folio 268) consta como motivo de la petición *“Síndrome de Brown-Sequard”*, por lo que tampoco cabe dudar de que el paciente obtuvo esta información.

En este caso la completa historia clínica del reclamante permite acreditar, mediante la existencia de documentos, que el paciente tuvo conocimiento de las enfermedades que se sospechaba que padecía y para cuya confirmación se solicitaron múltiples pruebas diagnósticas. No obstante, es preciso recordar que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica lo que exige es una información al paciente de carácter verbal ciñéndose la exigencia de documento de consentimiento informado únicamente *“en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”*, tal y como dispone el artículo 4.2 de la citada ley.

La inversión de la carga de la prueba se fundamenta en que es más fácil para la Administración sanitaria demostrar que ha obtenido el consentimiento por escrito en los casos en que es preceptivo mediante la sencilla exhibición del documento. Pero en los supuestos en los que la obligación de información escrita no existe, como sucede en el caso objeto de dictamen, en el que se reprocha ausencia de información sobre *“opciones diagnósticas”*, este órgano consultivo entiende que la carga de la prueba ha de seguir la regla general y recaer sobre quien reclama.

En todo caso, como ha quedado expuesto, del expediente se infiere que el reclamante tuvo información sobre su proceso diagnóstico a través de informes escritos.

Por lo anteriormente expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial formulada al haber sido la actuación médica conforme a la *lex artis ad hoc*, no concurrir relación de causalidad entre el daño y el servicio público sanitario y carecer el daño del requisito de la antijuridicidad.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 13 de junio de 2012