



## ANTECEDENTES

**PRIMERO.**- Mediante escrito presentado el 4 de abril de 2001, dirigido al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), x. expuso que el 16 de diciembre de 1.999 fue intervenido en la Clínica Quirúrgica "San José", de Alcantarilla, concertada a estos efectos por cuenta del Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, para sustituirle una prótesis de cadera. En su opinión, en dicha intervención se le administró de forma deficiente la anestesia epidural, lo que le ocasionó una lesión por hemisíndrome de cola de caballo en lado derecho, con afectación muy severa de raíces L4 y L5, y moderada en S2 y S3, en estadio agudo de evolución, según el informe emitido el 17 de mayo de 2000 por el Servicio de Neurofisiología Clínica del citado Hospital "Virgen de la Arrixaca", que aporta.

Presenta también un informe, de 30 de mayo de 2001, del especialista en traumatología que le intervino, en el que señala que le quedó una parálisis para la flexión dorsal del pie irreversible, precisando para caminar el auxilio de muletas y adaptación de vehículo para poder manejarlo sólo con las manos.

Por dichas lesiones, solicitó una indemnización por importe de treinta millones de pesetas (180.303,63 euros), sin mayor justificación.

**SEGUNDO.**- El 6 de abril de 2001, el Director Territorial del INSALUD en Murcia dictó Resolución de admisión a trámite de la reclamación, que fue notificada a las partes interesadas (entre ellas, --, S.A., aseguradora de dicho Ente).

Asimismo, se solicitó al Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" la copia de la historia clínica del paciente y la emisión de informes por los facultativos que le atendieron.

**TERCERO.**- Desde el citado Hospital se remitió copia de la historia clínica del reclamante e informe de los profesionales que le asistieron. Al remitir la historia clínica, no se incluyeron determinados documentos, que obraban en la historia obrante en la Clínica Quirúrgica "San José" donde se le intervino, y que se incorporaron al expediente durante la fase de instrucción del procedimiento, según se dirá más adelante.

Los informes emitidos en atención al requerimiento efectuado por el órgano instructor fueron los siguientes:

- Informe del Especialista del Servicio de Traumatología que le intervino, x., de fecha 6 de noviembre de 2001, en el que se ratifica en el emitido el 30 de enero de 2001 (el aportado por el reclamante), que expresaba lo siguiente:

*"Paciente con coxartrosis bilateral, motivo por el cual fue intervenido para implantarle PTC en ambas caderas. La izquierda se llevó a cabo en 1985 y la derecha en 1991.*

*En la evolución posterior tuvo complicaciones en la derecha, debiendo recambiarle el componente acetabular en 1996 y 1999. La última intervención realizada en diciembre de 1999 con anestesia epidural, provocó una lesión de "cola de caballo", quedando con una parálisis para la flexión dorsal del pie irreversible. El resultado funcional para la cadera ha sido correcto. En consecuencia, el paciente puede caminar con dificultad y necesidad de ayuda, (muleta), pero la movilidad de cadera es normal y puede sentarse sin problemas. Puede conducir un coche si tiene mandos manuales."*

- Informe de 9 de diciembre de 2001, emitido por el anestesista que participó en la intervención, Dr. x., que expresa lo siguiente:

*"El paciente fue programado para cirugía de rescate de prótesis de cadera.*

*La técnica anestésica empleada fue una raquianestesia, técnica que se viene practicando como electiva para este tipo de cirugía por su menor índice de morbilidad y mortalidad.*

*Según refleja la hoja de anestesia fue empleada una aguja 26 W. Esto significa calibre 26 Gauge de Whitacre (punta de lápiz), que es una aguja empleada en nuestro servicio por ser considerada, según la bibliografía anestésica, como muy poco traumática.*

*La punción se realizó con el paciente en posición sentada y buscando el espacio intervertebral L3-L4. La realización de una raquianestesia en un paciente con un grado tan elevado de artrosis puede plantear mayor dificultad a la técnica, en este paciente no tengo constatado que la punción fuera más traumática de lo habitual. El paciente pudo recibir dos o más punciones, pero estas punciones no recaen sobre el espacio subaracnoideo sino sobre la piel, tejido subcutáneo, tejido muscular y estructuras ligamentosas, en las cuales no se encuentran raíces nerviosas medulares.*

*Una vez localizado el espacio subraquídeo pueden aparecer parestesias que son debidas al rozar la punta de la aguja con una raíz nerviosa, el paciente lo refiere como un rampazo. Este fenómeno aparece en casi el 50% de las raquianestesias que se realizan y no tienen trascendencia clínica, cito textualmente un párrafo de la Enciclopedia Médico Quirúrgica: "El contacto con una raíz raquídea puede provocar parestesias. Desaparece al retirar la aguja algunos milímetros, y en principio, no tiene consecuencias".*

*En uno de los apartados del consentimiento informado, que se dió y firmó el paciente, se describen las complicaciones que esta técnica anestésica puede reportar, así en uno de sus apartados se le explica al paciente que una de las secuelas que pueden aparecer, y cito textualmente: Es posible, después de este tipo de anestesia, que queden molestias en la zona, con sensación de acorachamiento u hormigueo, generalmente pasajeros.*

*El tipo de lesión nerviosa que se cita en el informe electromiográfico, de afectación muy severa de raíces L4 y L5 y S1 y moderada en S2 y S3; es muy improbable realizar tal magnitud de lesiones nerviosas con este tipo de anestesia si nos centramos en la técnica en sí misma y en el tipo de aguja empleada; sería un único caso dentro de la literatura científica, pues revisando amplia bibliografía solo se encuentran casos de lesiones radiculares muy limitadas.*

*Para poder encontrar una causa anestésica a tal magnitud de lesiones nerviosas tendríamos que centrarnos en la toxicidad del anestésico. El que fue utilizado en este paciente fue la Bupivacaína hiperbárica al 0,5 % y una dosis de 10 mg. Este es el anestésico que utilizamos actualmente para este tipo de intervenciones por su gran fiabilidad y baja toxicidad a nivel intratecal. El agente anestésico que más lesiones neurológicas produce del tipo de parestesias y síndrome de cola de caballo es la lidocaína en solución al 5%, fármaco que en nuestro medio prácticamente ningún anestesista utiliza para realizar esta técnica. De cualquier forma si este tipo de lesión se hubiera producido por toxicidad del fármaco hubiera afectado a ambas piernas, el afectar tan selectivamente las raíces de una pierna también sería un caso anecdotico dentro de la literatura mundial.*

*El tipo de lesión nerviosa que se describe en el informe EMG debe ser valorado por un neurólogo. Los factores que pueden provocar tal sintomatología son múltiples y se necesitan más pruebas complementarias para poder catalogar su etiopatogenia, como RMN, TAC, radiografías de columna; ya que tales lesiones están más acordes con fenómenos de tipo compresivo que relacionados con la anestesia en sí misma."*

- Informe electromiográfico del Servicio de Neurofisiología Clínica, de 17 de mayo de 2000 (el aportado por el reclamante), en el que, tras referir los antecedentes del paciente, se describe

su estado en los siguientes términos:

"Paciente remitido por sospecha de lesión radicular lumbar.

Anestesia epidural hace cinco meses para sustitución de prótesis de cadera izquierda. En la primera punción lumbar notó intenso dolor en pierna y pie derecho que volvió a repetirse en la segunda y tercera punción.

En el postoperatorio inmediato, parálisis de musculatura de compartimiento anterior y lateral de pierna derecha asociado a parestesia y dolor en pierna y pie del mismo lado. Actualmente persiste la parálisis y las alteraciones sensitivas. Expl.; en silla de ruedas. Gran edema en pierna y pie dcho. Balance muscular. Musculatura de compartimiento anterior y lateral de pierna dcha.: 0/5 Flex. De dedos y tobillo derecho: 4/5. Cuadriceps derecho: 5/5. Hipoestesia en pierna y pie dchos. ROT: Rotuliano vivos y simétricos. Aquileos abolidos. (...)

**IMPRESIÓN:** Ausencia de potencial motor evocado en pedio drcho. Fibrilaciones y ondas positivas en tibial anterior, gemelo interno, abductor del 1º dedo del pie y paravertebrales L5, drchos. Muy severa pérdida de unidades motoras en tibial anterior y gemelo interno drchos. Y moderada en musculatura intrínseca del pie de este lado.

Los hallazgos son congruentes con Hemisíndrome de cola de caballo en lado drcho. Con afectación muy severa de raíces L4, L5 y S1 y moderada de S2 y S3; en estadio agudo de evolución.

La severidad de las lesiones observadas sugiere un desfavorable pronóstico en cuanto a la recuperación funcional de musculatura de pierna drcha."

De la historia clínica remitida se destaca lo siguiente:

- Informe del Servicio de Neurología de 26 de junio de 2000, donde se hace constar, entre otros extremos, que el paciente manifiesta que, al proceder en su día a la administración de la anestesia, en las dos primeras punciones lumbares notó un "rampazo", siendo en la tercera punción cuando "ya le anestesian desde la cintura". El facultativo informante, tras la realización de diversas pruebas radiográficas, concluye que "el origen de la multiradiculopatía de la cauda equina tiene que ver, por tanto, con la anestesia, dada su relación en el tiempo" (f. 29 exp.).

- Anotaciones en la hoja de evolución del paciente:

"19/6/00. Muy bien, capaz de marcha con 1 bastón. Pasa de sedestación a bipedestación. Muy bien. No vendrá a gimnasio. Normas en domicilio. Rev. 18 julio.

18/7/00. Muy bien. Marcha asistida con bastón y antiequino. 7 meses evolución. Rev. en enero 2001" (f. 24 exp.).

**CUARTO.-** Solicitado informe a la Inspección Médica, lo emitió en fecha 4 de julio de 2002, realizando las siguientes conclusiones:

"El síndrome de la cola de caballo puede ser consecuencia de una complicación neurológica de la anestesia subracnoidea, asociándose al uso de catéteres y empleo de lidocaina hiperbárica al 5%, siendo excepcional su presentación en la anestesia por inyección única de Bupivacaína. Las complicaciones neurológicas de este tipo suelen ser debidas a trauma directo a nervios causados por la aguja ó catéter, manifestándose con dolor lacerante en área inervada, lo que hace que el anestesista retire de inmediato la aguja catéter, y las lesiones, caso de producirse, no progresen.

Por tanto, resulta difícil y extraordinario invocar como causa de la patología nerviosa periférica que sufre el paciente, y manifestada con parálisis para la flexión dorsal del pie, la anestesia raquídea utilizada durante la intervención quirúrgica por las razones científicas antes relatadas; sin embargo es la causa última que invocan los diversos especialistas que han visitado al paciente en el Hospital Virgen de la Arrixaca."

Por ello, el Inspector Médico concluía estimando procedente solicitar un informe pericial a un especialista en Neurología o Anestesia sobre la posible existencia de relación causal entre la

actuación realizada y el daño sufrido.

**QUINTO.-** Mediante oficio de 9 de julio de 2002 se otorgó trámite de audiencia a las partes; la antes citada compañía aseguradora aportó un informe pericial, emitido el 10 de septiembre de 2002 por una especialista en Anestesia y Reanimación en el que, tras analizar el contenido de la reclamación y la historia clínica, formuló las siguientes conclusiones:

- *Que se realizó anestesia raquídea con dos intentos fallidos de punción a nivel L3 y L4 que produjeron parestesias en pierna derecha.*
- *Que se alcanzó el nivel anestésico buscado, efectuándose la intervención sin complicaciones.*
- *Que en el postoperatorio se manifestó una lesión nerviosa de miembro inferior derecho con mayor afectación del ciático poplíteo externo, que tras el correspondiente estudio se diagnosticó como lesión de carácter muy severo a niveles L4-L5-S1 y de carácter moderado en S2 y S3.*
- *Que esta lesión tan extensa no puede en ningún caso ser debida a un traumatismo directo, por lo que la única explicación científica es que se haya retrasado la dilución del anestésico local en el líquido cefalorraquídeo debido a peculiaridades anatómicas del paciente.*
- *Que esta es una complicación excepcionalmente rara de la anestesia raquídea que no depende de una técnica inadecuada ni puede ser prevista ni evitada en el actual estado de la ciencia.*
- *Que las actuaciones médicas fueron correctas y adecuadas a "la lex artis".*

**SEXTO.-** Consta en el expediente que fue interpuesto en su día por el reclamante un recurso contencioso-administrativo contra la denegación presunta de la reclamación, tramitado con el número de procedimiento ordinario 1163/2003, en el que se planteó una cuestión de competencia que se resolvió mediante sentencia del Tribunal Supremo de 18 de abril de 2005 en la que se declaró competente para conocer del recurso al Tribunal Superior de Justicia de Murcia. Incoado un nuevo procedimiento, el número 355/2005, mediante oficio de 1 de diciembre de 2005 el SMS remitió el expediente a la Sala de lo Contencioso-Administrativo de dicho Tribunal.

**SÉPTIMO.-** En fecha 7 de marzo de 2007 el reclamante presentó escrito de alegaciones, en el que, en síntesis, hizo las siguientes consideraciones:

1.- La historia clínica remitida por el Hospital "Virgen de la Arrixaca" es incompleta, ya que no obra en la misma ni el protocolo de la intervención, ni la hoja de anestesia, ni el nombre del anestesista, o la posición en que se colocó al paciente para administrarle la anestesia, y la dosis que se aplicó. Tampoco está incorporado el consentimiento informado del paciente para la anestesia ni para la propia intervención quirúrgica. Así, el informe que, dos años después, emitió el especialista que anestesió al paciente carece de respaldo documental alguno, pues se refiere a documentos (hoja de anestesia, consentimiento informado) que no forman parte de la historia clínica obrante en el expediente.

2.- Del examen de los diferentes informes técnicos incorporados al procedimiento se desprende que la lesión de los nervios periféricos que dieron lugar al síndrome de la "cola de caballo", en forma de parálisis irreversible de la flexión dorsal del pie derecho del paciente (SCC), tuvo su causa directa en la anestesia aplicada en la intervención de sustitución de prótesis de cadera. Se mantiene que, aún considerando válidos los documentos a que se refiere el Dr. x. en su informe, que no obran en la historia clínica, existen elementos que evidencian que la actuación médica no fue adecuada, según el dictamen pericial emitido el 27 de febrero de 2006 por un Especialista en Medicina Legal y Forense, que adjunta, en cuyas consideraciones médico-legales, al definir dicho síndrome, y reconociendo que se trataba de una "*complicación poco frecuente de la anestesia raquídea*", establecía como factores asociados los siguientes:  
a) *"El material utilizado para la punción, en concreto el uso de microcatéteres para anestesia*

subracnoidea, lo que llevó a la FDA norteamericana a prohibir el uso de los de calibre inferior a 28 G.

b) El empleo de determinados agentes anestésicos como la lidocaína hiperbárica a concentraciones del 5%, la mepivacaína, procaína y tetracaína. La Bupivacaína es un anestésico que raramente se ha asociado a la aparición de un SCC, en la literatura científica hay cinco casos y dos de ellos en concreto tras la realización de una anestesia subaracnoidal con una dosis única de bupivacaína hiperbárica al 0,5 %, aplicada al paciente en sedestación. Existen otros factores que son considerados como etiológicos en cuanto al desarrollo de un Síndrome de la Cola de Caballo en relación a la raquianestesia:

- De entre los factores etiológicos uno de lo más aceptados en la actualidad es la existencia de una distribución no uniforme del anestésico en el espacio subaracnoidal, que determinaría la existencia de una concentración neurotóxica del mismo sobre las raíces nerviosas. Como responsable de esta anómala distribución se implica a los pequeños calibres de agujas o catéteres, lo que provocaría una mayor resistencia, y por tanto, una menor velocidad de entrada y elevadas concentraciones puntuales. Este efecto se favorece por empleo de agujas de tipo Whitacre.

- En relación a la posible toxicidad del anestésico en sí, los estudios experimentales realizados demuestran que anestésicos como la Lidocaína son potencialmente más lesivos que la Bupivacaína, sin embargo la toxicidad vendría dada más por la concentración local de la sustancia y no por la potencial lesividad neural intrínseca del fármaco.

- Otro factor propuesto es el papel que desempeña la posición del paciente durante el acto quirúrgico, que a su vez estaría relacionada con aspectos como la mayor longitud de las raíces nerviosas en la zona de la cola de caballo que podría generar una mayor exposición cuando se le coloca en posiciones como la de litotomía (decúbito dorsal con piernas flexionadas). Este es un factor actualmente discutido.

- La existencia (según los estudios de Reina en 1999) de unas envolturas de Aracnoides o "fundas aracnoideas" que envuelven las raíces nerviosas de la médula espinal con formación de compartimentos anatómicos que favorecerían la acumulación y consiguiente elevada concentración local del anestésico.

- Cuando aparece dolor en la zona de punción lumbar, con o sin irradiación, se debe descartar la posibilidad de lesión traumática directa por la aguja o catéter, siendo lo más frecuente la lesión de una raíz nerviosa única, que se manifiesta por una parestesia puntual, pero no por un cuadro de desarrollo a largo plazo" (...).

A partir de lo anterior, el citado facultativo estima que la causa del síndrome producido en el caso analizado fue "una distribución no uniforme del anestésico, lo que llevaría a alcanzar concentraciones tóxicas locales que provocarían la lesión de varias raíces a nivel del cono medular. Esta última posibilidad es la actualmente más aceptada y la que se invoca en los casos más recientemente publicados en la literatura científica.

En el caso que nos ocupa esta posibilidad etiopatogénica es:

- Congruente con la técnica anestésica aplicada: anestesia subaracnoidal aplicada en sedestación, mediante aguja de 26 G y empleando Bupivacaína Hiperbárica al 0,5% en dosis única de 10 mg.

- Congruente con la presentación brusca y sin intervalo libre de síntomas del Síndrome de la Cola de Caballo.

- Congruente con la afectación multirradicular y la presentación en forma de Hemisíndrome de la cola de caballo."

No obstante lo anterior, la única conclusión formulada finalmente en el citado dictamen es que "las lesiones neurológicas periféricas que en la actualidad sufre x. tienen su origen en la

*anestesia raquídea aplicada en la intervención quirúrgica que sufrió el 16 de diciembre de 1999", sin referencias a una mala praxis.*

**OCTAVO.-** Solicitado a la Inspección Médica un informe complementario al inicialmente emitido en el que se valorase la nueva documentación incorporada al procedimiento (y, de considerado necesario, que la propia Inspección Médica solicitase informe pericial de especialista en Neurología), dicha Inspección emitió informe el 19 de julio de 2007.

En primer lugar, se destaca que *"el motivo de que en el presente expediente no se encuentren los documentos de consentimiento informado, el protocolo de la intervención y la hoja del procedimiento anestésico es que x. fue intervenido el 16 de diciembre de 1999 en la Clínica San José de Alcantarilla, centro concertado con el Servicio Murciano de Salud, que tiene sus propias historias clínicas y servicio de documentación. Tras solicitud por parte de esta Inspección a dicha clínica de la documentación en relación a este expediente obrante en su poder, se nos ha remitido, entre otros, los siguientes documentos:*

1. Documento de consentimiento informado para anestesia loco-regional, propuesto por el Dr. x., con fecha de 16 de diciembre de 1999, firmado por x. y..
2. Documento de autorización de pruebas e intervenciones, autorizando al Dr. x. a la intervención quirúrgica, firmado con fecha 15 de diciembre de 1999 por x.
3. Hoja operatoria, de fecha 16 de diciembre de 1999. (...).
4. Hoja de anestesia, de fecha 16 de diciembre de 1999". (...).

Las conclusiones a las que llega el nuevo informe de la Inspección Médica son las siguientes:

*"1.- Sí existen, y están firmados por el demandante los documentos de consentimiento informado para la intervención quirúrgica y la anestesia.*

*2.- También se encuentran entre los documentos de la Historia Clínica de la Clínica San José de Alcantarilla el protocolo de actuación anestésica y quirúrgica, por lo que sí hay certeza de las actuaciones realizadas y de la veracidad tanto de los datos del informe realizado por el Dr. x. el 9 de diciembre de 2001 a instancias de la instrucción, como de que él fue el anestesista que asistió al demandante.*

*3.- La técnica anestésica realizada fue la anestesia raquídea, espinal o subaracnoidea. El anestésico empleado fue la bupivacaína hiperbárica al 0,5% 10 mg. Y la aguja 26 G de Whitacre (diámetro 0.457 mm).*

*4.- El síndrome de cauda equina se considera una complicación neurológica de la anestesia subaracnoidea de aparición infrecuente. Los factores ampliamente aceptados como dependientes de la técnica utilizada y asociados a su aparición son el uso de microcatéteres de diámetro inferior a 28 G (diámetro 0.376 mm.) y el empleo de lidocaína como anestésico.*

*5.- No existe en la técnica empleada elementos que incrementasen el riesgo de que se produjese el daño, sino al contrario se evitaron los factores que, con los conocimientos actuales, implicaban un riesgo mayor, con empleo de una aguja de diámetro mayor a 28 G y de bupivacaína.*

*6.- En relación al anestésico bupivacaína, raramente se ha implicado su uso con la aparición de complicaciones neurológicas permanentes tras su uso en raquianestesia, y su etiopatogenia no está claramente definida, siendo la hipótesis más aceptada la distribución no uniforme del fármaco, que produciría una concentración neurotóxica local. Esta es la hipótesis invocada en el informe del Dr. x. aportado por la parte demandante, hipótesis con la que estamos de acuerdo. No hubo una mala técnica que haya contribuido a esta distribución no uniforme, quedando como posible hipótesis, en espera de nuevos estudios y conocimientos futuros que pudieran identificar otros factores, la existencia de fundas aracnoideas, de características muy variables de un individuo a otro y peculiares de cada paciente.*

*7.- Por tanto, se trata de una complicación excepcional, que ocurrió a pesar de una correcta*

*técnica anestésica que siguió todas las recomendaciones encaminadas a prever las complicaciones neurológicas de la misma, en función de los conocimientos y medios del momento."*

**NOVENO.-** Al obrar nuevos documentos en el procedimiento, mediante oficios de 12 de noviembre de 2007 se otorgó nuevo trámite de audiencia a las partes interesadas a los efectos de que tomaran vista del expediente y formularan las alegaciones que estimaran oportunas; el 30 de noviembre de 2007 un representante del reclamante tomó vista del expediente y retiró copia de determinados documentos. No consta la presentación de alegaciones.

**DÉCIMO.-** El 6 de febrero de 2008 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar que no se acredita que exista el necesario y adecuado nexo de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama, al resultar demostrado que la actuación facultativa cuestionada se ajustó plenamente a la "*lex artis ad hoc*", conforme con las consideraciones expresadas en el último informe emitido por la Inspección Médica.

## **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 (LCJ), en relación con el 12 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 (RRP).

**SEGUNDA.-** Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La legitimación activa corresponde al reclamante, en su condición de persona que sufre los daños imputados a la atención sanitaria recibida.

En cuanto a la legitimación pasiva tras el traspaso de funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria de la Administración del Estado a la Administración regional, cabe dar aquí por reproducidas las consideraciones efectuadas por este Consejo en el Dictamen 65/02.

II. En cuanto al plazo para interponer la acción de reclamación, ha de considerarse temporánea. Considerando que el 18 de julio de 2000 el paciente aún seguía en proceso de revisión y determinación de las secuelas (vid. Antecedente Tercero, "*in fine*"), la reclamación fue presentada el 4 de abril de 2001, es decir, dentro del plazo de un año establecido a estos efectos en el artículo 142.5 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

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. No obstante, se advierte una injustificada paralización del expediente entre la fecha en que se otorgó el primer trámite de audiencia (julio de 2002) y la de presentación por el reclamante de sus alegaciones en el seno de dicho trámite (marzo de 2007). A este respecto, resulta claro que las incidencias jurisdiccionales sobre la competencia para conocer del recurso contencioso-administrativo interpuesto en su día por el reclamante contra la desestimación por silencio de su reclamación, no justifica tal paralización.

Sin perjuicio de lo anterior, la existencia del citado recurso obliga al órgano instructor a verificar, previamente al dictado de la resolución del procedimiento, y en coordinación con la Dirección de los Servicios Jurídicos, si ha recaído o no sentencia en el citado proceso, pues en caso afirmativo, no podría dictarse dicha resolución.

### **TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Consideraciones generales.**

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración jurídica 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:

- 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 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.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 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 del médico 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 desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 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* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, 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 (SAN, Sección 4<sup>a</sup>, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3<sup>a</sup>, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, así, actúa como elemento modulador de la objetividad predictable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3<sup>a</sup>, 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*".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1<sup>a</sup>, 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 (...) (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, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados, 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, que podría declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente o lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica realizada conforme a la *lex artis*, entre otros supuestos posibles.

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 (LEC)-, 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.- El daño por el que se reclama indemnización.**

En primer lugar, es necesario abordar la cuestión relativa al daño por el que se reclama indemnización. En el escrito presentado el 7 de marzo de 2007 (Antecedente Séptimo), el interesado se refiere a la producción del "*hemisíndrome de cola de caballo*, a su juicio imputable a la actuación sanitaria pública, pero no consta qué concretas limitaciones le han quedado a consecuencia del mismo.

Sin negar que los informes médicos obrantes en el expediente reconocen la producción de tal síndrome y la existencia de determinadas limitaciones físicas, también debe destacarse que, conforme se desprende de la historia clínica remitida en su día por el Hospital "Virgen de la Arrixaca" (en concreto, del folio nº 7 de aquélla, que constituye el 24 del expediente remitido), el paciente evolucionaba favorablemente de dicho síndrome (vid. anotación del 18 de julio de

2000, transcrita en el Antecedente Tercero "*in fine*"), y ello aun cuando dos meses antes (el 17 de mayo de 2000), el Servicio de Neurofisiología Clínica, Unidad de E.M.G., indicaba "*un desfavorable pronóstico en cuanto a la recuperación funcional de musculatura de pierna dcha.*". En este sentido, consta en la mencionada hoja de evolución clínica que se citó al paciente para revisión en enero de 2001, sin que, tras el dilatado tiempo transcurrido desde entonces, se hayan concretado las secuelas que, de modo definitivo, pudieran haberle quedado. Ello influye en la cuantificación de su final pretensión indemnizatoria, 180.000 euros, que formula sin la menor justificación al respecto. Es significativo en este punto advertir que, tras conocer el último informe emitido por la Inspección Médica (el 30 de noviembre de 2007, mediante la vista del expediente), el reclamante no haya formulado alegación alguna, ni siquiera para ratificarse en sus alegaciones precedentes y, en todo caso, para acreditar de modo fehaciente cuáles son las secuelas por las que reclama indemnización, conforme con el oportuno informe médico que considerase estabilizadas las lesiones.

No obstante lo anterior, es claro que, aun no pudiendo determinarse por tales motivos el alcance definitivo de las secuelas en cuestión, del proceso sanitario de que se trata se desprende la existencia, al menos, de un cierto período de incapacidad, que, en hipótesis, sería indemnizable, y cuya determinación no resulta en este momento necesaria, por las razones que a continuación se expresan.

**QUINTA.-** Relación de causalidad adecuada entre la actuación sanitaria pública y el daño alegado: inexistencia.

En el escrito de alegaciones presentado el 7 de marzo de 2007, el reclamante desarrollaba el fundamento de su pretensión indemnizatoria con base en tres consideraciones esenciales: a) la ausencia -entonces- en el expediente de documentos relevantes de la historia clínica relativa a la intervención realizada en 1999 (consentimiento informado, hoja de anestesia y protocolo operatorio); b) imputación de mala praxis médica en la aplicación de la anestesia, amparándose para ello en el dictamen pericial que encargó y aportó con el citado escrito de alegaciones; y c) la consideración de que, aun en la hipótesis de que la causa del síndrome en cuestión pudiera deberse a las características anatómicas del paciente (en concreto, a la anormal acumulación del anestésico en las "*fundas aracnoideas*" de la pierna, opinión sostenida por el perito de la compañía aseguradora), la intervención dio lugar a una complicación, constitutiva de un supuesto de caso fortuito, que es indemnizable en atención al carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, según jurisprudencia que cita. Tales cuestiones se analizarán por separado.

A) Por lo que se refiere a la ausencia de documentos esenciales de la historia clínica, en el informe de la Inspección Médica parcialmente transscrito en el Antecedente Octavo se explica tal circunstancia, así como la posterior incorporación al expediente de los reseñados documentos, que el reclamante tuvo ocasión de examinar en el trámite de audiencia otorgado al efecto, sin que formulase alegaciones.

A la vista de tales documentos, decaen las alegaciones del reclamante sobre la indeterminación de los términos en que se administró la anestesia al paciente. Aquéllos confirman las condiciones y la técnica de administración de la anestesia expresados por el anestesista actuante en el informe que emitió en su día, de cuyas afirmaciones partieron todos los informes periciales emitidos (el del particular y el de la compañía aseguradora) y los informes de la Inspección Médica.

Debe apuntarse aquí, aun cuando no sea objeto de una expresa imputación del reclamante, que no cabe oponer reparos, a los concretos efectos que aquí interesan, al consentimiento informado prestado por el paciente. Como reconoce el perito del reclamante (también el resto de los facultativos informantes), la aparición del síndrome de "*cola de caballo*" por

administración de anestesia raquídea es una complicación poco frecuente y, con empleo de bupivacaína hiperbárica al 0,5% y dosis de 10 mg., con el paciente en sedestación (el caso que nos ocupa), "raramente se ha asociado a la aparición de un SCC" (folio 117 exp.). Por su parte, el informe de la Inspección Médica concluyó que se trata de una "*complicación excepcional*" en actuaciones como la del caso.

Conforme con ello, debe recordarse que los criterios legales y jurisprudenciales atinentes al nivel de exigencia y concreción de la información que ha de suministrarse al paciente para considerar que ha prestado validamente su consentimiento a la intervención de que se trata, han de ponerse en relación, en primer lugar, con la fecha en que ésta se realizó, pues el examen jurisprudencial revela un progresivo incremento de las exigencias en este punto conforme transcurren los años, y ello es debido especialmente, según algunos autores, a la aprobación de la Ley 41/02, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En el caso que nos ocupa, y habiéndose realizado en 1999 el acto médico que se cuestiona, debe traerse a colación la jurisprudencia que, ante la escueta regulación entonces existente en la LGS (en concreto, en su artículo 10.6), consideraba que "*la obligación de información al paciente, sobre todo cuando se trata de la medicina curativa, tiene ciertos límites, y así se considera que quedan fuera de esta obligación los llamados riesgos atípicos por imprevisibles o infrecuentes, frente a los riesgos típicos que son aquellos que pueden producirse con más frecuencia y que pueden darse en mayor medida, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia*"(STS, Sala 1<sup>a</sup>, de 28 de diciembre de 1998). Quiere decirse, pues, que no resultaba obligado que, en el momento en que el paciente firmó el consentimiento para la administración de la anestesia, el facultativo tuviera que haber hecho constar en el documento de prestación del consentimiento una complicación tan infrecuente y rara (especialmente en aquellas fechas) como la que posterior, y desafortunadamente, se produjo. Además, debe recordarse que en el escrito utilizado al efecto ya se advertía que, en ocasiones, después de este tipo de anestesia loco-regional es posible que quedaran molestias en la zona, con sensación de acorachamiento u hormigueo, generalmente pasajeros. Si a todo ello se le añaden los problemas que había tenido el paciente en intervenciones quirúrgicas anteriores utilizando anestesia general (vid. informe de la Inspección Médica, f. 173 exp.), puede llegar a la conclusión de que, en aquel momento, el paciente no hubiese adoptado una conducta distinta de la realizada, en el sentido de aceptar el método anestésico empleado y las condiciones en que se le administró la anestesia.

B) Por lo que se refiere a la imputación de mala praxis, en primer lugar resulta esclarecedor advertir que el mismo informe pericial aportado por el reclamante en ningún momento considera que aquélla existiera, dirigiendo el informante sus razonamientos hacia la conclusión de afirmar la relación de causa-efecto entre el síndrome en cuestión y la administración de la anestesia, pero nada más (vid. sus conclusiones), conclusión compartida por el resto de informantes. Es el reclamante el que, a la vista de ello, se esfuerza en entresacar de dicho dictamen aquellos aspectos que pudieran sostener su imputación de mala praxis, y lo hace incurriendo en algunas ocasiones en errores técnicos, como el relativo al calibre de la aguja empleada. Afirmando el perito que el uso de agujas de pequeño calibre facilita la acumulación de la anestesia en cantidades tóxicas (habiendo prohibido la Administración sanitaria estadounidense el empleo de agujas de calibre inferior a 28 W.), considera que fue una mala praxis el empleo de una de 26 W., cuando lo cierto es que este último calibre es superior al reseñado, según el sistema de medida de esta clase de agujas, según aclara el informe de la Inspección Médica.

Asimismo, señala el reclamante que en la producción del síndrome pudo influir la "*mala*

"posición quirúrgica" del paciente, que daría lugar a una mayor exposición y concentración del anestésico, considerando inadecuada la posición de litotomía (decúbito dorsal con piernas flexionadas). Sin perjuicio de que no conste en la hoja de operación la posición quirúrgica del paciente, lo cierto es que el citado perito de la parte reconoce que "éste es un factor actualmente discutido", al igual que el empleo de agujas tipo "punta de lápiz", como la empleada.

A todo ello debe unirse el hecho de que ni el reclamante ni el perito en cuestión aducen cuál hubiera sido la buena praxis, alternativa a la técnica empleada, pues nada oponen a las argumentaciones del anestesista actuante en el sentido de que la bupivacaína y el empleo de las citadas agujas son la mejor opción para estos casos de anestesia raquídea, por la menor potencial toxicidad del anestésico y la ausencia de capacidad traumática de dicha clase de agujas. Todo ello a la vista de que, como se reconoce unánimemente, no es posible excluir de modo absoluto la aparición de complicaciones en supuestos como el presente, siendo éstas, con la técnica empleada en el caso, extraordinariamente infrecuentes, especialmente en la fecha de la intervención quirúrgica.

Frente a todo ello, en fin, la Inspección Médica, según se deduce de sus conclusiones, considera que en modo alguno puede aceptarse la existencia de mala praxis en la intervención de referencia, constituyendo el efecto dañoso producido (de incierta determinación final, según se dijo en su momento) una complicación excepcional, que puede acontecer inevitablemente aún a pesar de seguir la buena praxis, según el estado de los conocimientos y medios del momento.

C) Lo anterior lleva a la consideración de que, en realidad, el reclamante basa esencialmente su pretensión indemnizatoria en el simple hecho de la ocurrencia de la complicación dañosa causada por la anestesia, suceso que considera en todo caso un caso fortuito del que debe responder la Administración dado el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, que incluye supuestos de casos fortuitos, según jurisprudencia que cita.

Sin embargo, en la Consideración Tercera de este Dictamen se recogió extensamente el criterio jurisprudencial referente a cómo ha de entenderse el carácter objetivo del instituto de la responsabilidad patrimonial administrativa en su aplicación a la actividad sanitaria, con las peculiaridades que imponen las limitaciones de la condición humana y el estado de la ciencia y la técnica médicas.

Pretender, en fin, como hace el reclamante, una aplicación generalista y no matizada de la jurisprudencia recaída sobre el caso fortuito en materia de responsabilidad patrimonial administrativa, supondría, en la práctica, que todo riesgo inherente a los tratamientos médicos dispensados por los servicios públicos sanitarios, riesgos que son inevitables en atención al estado de la ciencia y la técnica del momento, habrían de ser asumidos por la Administración Pública, convirtiéndola de este modo en una aseguradora a todo riesgo que es incompatible con la configuración constitucional y legal de este instituto jurídico.

En atención a todo lo expuesto, cabe concluir que no se ha acreditado que concurra la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama, por lo que no puede declararse la responsabilidad patrimonial de la Administración.

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no acreditarse la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño por el que se reclama, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera a Quinta de

este Dictamen.  
No obstante, V.E. resolverá.

