



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante escrito dirigido al Servicio Murciano de Salud presentado el 10 de agosto de 2007, x. formuló reclamación de responsabilidad patrimonial. En síntesis, según el reclamante, desde hace años viene padeciendo un cuadro de lumbalgia crónica a consecuencia de diversas hernias y protrusiones discales que han ido desarrollándose a lo largo de los años; en concreto, padece hernia discal medio lateral L3-L4 y protrusiones discales L4-L5 y L5-S1. Asimismo viene padeciendo un cuadro de cérbitocraquialgia derecha a consecuencia de una protrusión discal C3-C4, impronta osteofitaria C5-C6 y estenosis focal del canal C3-C4. Durante todos estos años había venido siendo tratado con antiinflamatorios, infiltraciones y tratamiento rehabilitador en las fases de agudización de la enfermedad, puesto que en el año 1999 el Servicio de Neurología del hospital "Virgen de la Arrixaca" le recomendó expresamente no intervenir quirúrgicamente. Añade que en el mes de septiembre del año 2004 estuvo ingresado en el hospital "Morales Meseguer", desde el 15 de septiembre al 8 de octubre y, tras realizarle varias infiltraciones a nivel L3-L4, fue dado de alta, remitiéndole a la unidad de raquis con objeto de programar intervención quirúrgica, intervención que finalmente no se llevó a cabo por prescripción facultativa.

Así las cosas, con fecha 30 de julio de 2006 acudió al Servicio de Urgencias del hospital "Reina Sofía" por dolor en región lumbar, siendo diagnosticado de lumbociatalgia derecha incoercible. Tras ser valorado por dicho servicio se le remite a Traumatología, donde se decide realizar tratamiento quirúrgico de hernia discal L3-L4. Fue intervenido el 18 de agosto de 2006 por el Dr. x. Durante la intervención se produjo una hemorragia, por la que entró en shock hipovolémico, debiendo interrumpirse la intervención, aplicando hemostáticos locales para cerrar la herida. El día después de dicha intervención sufrió un agravamiento de la debilidad para la flexoextensión de rodilla y tobillo derecho y de la hipoestesia en territorio L3-L4-L5-S1, manifestándose además una arreflexia en la exploración motora y fuerza 1/5 en grupos dependientes de las citadas raíces.

Ante esa situación, se reinterviene de urgencia el día 19 de agosto, pero, en la intervención, tras retirar los hemostáticos, la hemorragia se reactiva, por lo que es necesario volver a colocarlos para evitar el sangrado.

Cuando se intenta ampliar la laminectomía vuelve el sangrado, por lo que se desiste, llevándose a cabo una fijación pedicular L3-L4 bilateral con el sistema Array.

Finalmente, el 25 de agosto de 2005 (debe ser 2006), es dado de alta, y sigue realizando rehabilitación, presentando en la actualidad paresia de todo el miembro inferior derecho, por la que precisa silla de ruedas y ayuda de una tercera persona para la vida cotidiana, por lo que previsiblemente no podrá reincorporarse a la actividad laboral.

Considera que existe una relación causa efecto entre la acción/omisión administrativa y el resultado dañoso, por cuanto estima que: a) se le practicó una intervención la cual había sido no recomendada en otras dos ocasiones por parte de los propios especialistas de la seguridad social; b) en la ejecución de la intervención realizada se produjeron una serie de actuaciones por parte del doctor que la realizó que provocaron las secuelas irreversibles que ahora padece y que están fuera de los riesgos normales de dicha operación; c) porque tras dos intervenciones quirúrgicas, y con los resultados ya expuestos, resulta que la hernia de la cual se le iba a operar sigue sin ser extirpada y sigue oprimiendo además el saco tecal; y d) no fue informado de la totalidad de los efectos secundarios o consecuencias que podía conllevar la citada intervención, ya que caso de saberlos en su totalidad no se la hubiera realizado. Añade que la inadecuación de la intervención realizada se acreditará con el informe,

que aportará en su momento, del facultativo que le está atendiendo actualmente, y por el hecho de que la hernia en cuestión sigue existiendo.

Respecto de los concretos daños por los que reclama, señala que, al seguir en tratamiento rehabilitador, aún no los puede cuantificar, lo que hará en su momento. Propone diversa prueba documental y testifical, sin concretar en este segundo caso. Aporta copia del documento de alta el 25 de agosto de 2006 tras las intervenciones realizadas en el hospital "Reina Sofía" y de una resonancia magnética de 26 de enero de 2007.

SEGUNDO.- Con fecha 19 de octubre de 2007 se dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, que fue notificada a las partes interesadas. Asimismo, se solicitó copia de la historia clínica del reclamante a los citados hospitales.

TERCERO.- Mediante oficio de 16 de octubre de 2007, el hospital "Reina Sofía" remitió copia de la historia clínica del reclamante y un informe del Dr. x., que allí lo intervino, en el que realiza un detallado análisis del caso, abordando las cuestiones planteadas del siguiente modo:

"1) Respeto a la cirugía que se desestimó en otras dos ocasiones (Servicio de Neurocirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca y Servicio de Traumatología - Unidad de Columna del Hospital Morales Meseguer):

El paciente padecía lumbalgias y ciatalgias invalidantes y crónicas por las que había sido valorado en otros servicios. Dichas lumbociatalgias se derivaban de espondiloartrosis, protrusiones y hernias discales múltiples (LA-5 y L5-S1) las cuales fueron estudiadas con EMG, RMN y evaluación clínica sin encontrar indicación de tratamiento quirúrgico. Siguió tratamiento durante 2 años con mórficos, y se le reconoció una incapacidad del 75%. El día 5-05-2006 acudió a consulta de Traumatología por agravamiento, y tras explorar al paciente se solicitó nueva resonancia al constatarse lumbopatía y debilidad en miembro inferior derecho. La situación clínica del paciente se agravó, por lo que el día 3-08-2006 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía, cursando ingreso en el Servicio de Reumatología debido a 'lumbociatalgia intensísima y debilidad en miembro inferior derecho'. Se realizaron nuevas pruebas complementarias que, valoradas por reumatología, impresionaban de patología susceptible de tratamiento quirúrgico y, posteriormente revisadas por mí, también entendí que en esta ocasión existía indicación quirúrgica, al encontrar en la RMN una nueva Hernia Discal voluminosa, extruída y emigrada (dentro del canal neural) cranealmente a nivel de L3-4 derecha, que explicaba la clínica de ciatalgia derecha, intensa, asociada a debilidad muscular, que venía padeciendo el paciente y que se había agravado hasta el punto de precisar ingreso para su control. Por tanto, esta situación clínica era diferente a las crisis anteriores, por tratarse de clínica de dolor y debilidad muscular relacionada con la presencia de una nueva hernia discal cuya repercusión neurológica era clínicamente evidente, y predominaba sobre la patología lumbar previa. (...)

2) Respeto a las intervenciones que se realizaron al paciente:

Se valoró el tratamiento de la situación aguda de radiculalgia y debilidad muscular, ocasionada por nueva hernia discal L3-4 derecha, que no es otro que el de la descompresión neurológica mediante laminoflavectomía y excisión parcial del disco y la hernia discal. No se consideró candidato a cirugía más agresiva, para el tratamiento de su espondiloartrosis lumbar por discopatía L4-5 y L5-S1, al igual que en ocasiones anteriores.

El día 18-08-2006 se procedió a realizar la intervención quirúrgica propuesta al paciente, que se realizó según el procedimiento habitual, en decúbito prono, con laminoflavectomía microquirúrgica, observándose un sangrado profuso en cuanto se abrió el canal neural, de tal magnitud que en pocos minutos ocasionó hipovolemia, aconsejando el anestesista que se interrumpiera la intervención ante el riesgo de hemorragia masiva, obrando en consecuencia para evitar un daño mayor.

Por la tarde de ese mismo día, a la salida de reanimación, el paciente presenta debilidad en el miembro inferior

derecho, que en el transcurso de unas pocas horas progresó a una paresia completa de todo el miembro inferior derecho que afecta a L2-3-4-5-S1, que se considera relacionada con hematoma a tensión en el interior del canal neural. Dada la presencia de déficit neurológico agudo y severo se indica cirugía urgente para descomprimir el canal y mejorar la posibilidad de recuperación neurológica.

Se realizó la intervención al día siguiente, 19-08-2006, siguiendo la estrategia planificada la tarde previa, pues se sospecha anomalía vascular intracanal, responsable del sangrado profuso. Inicialmente se intenta proseguir la laminectomía, en vista que merced a los mecanismos de hemostasia fisiológicos y los hemostáticos sintéticos aplicados ha cesado la hemorragia, pero en cuanto se intenta ampliar la laminectomía se reinicia el sangrado, por lo que se decide abordar el disco por vía transforaminal, siguiendo una técnica reglada que comienza con la disección y coagulación de los vasos perirradiculares extraforaminales, realizando después arrectomía y progresando hacia el interior del foramen, donde se coagulan los vasos periradiculares foraminales, y siguiendo así hasta el interior del canal y la exposición del disco L3-4. Se realiza entonces discectomía simple, y se extirpa un nódulo fibroso con hernia de núcleo pulposo adherida firmemente a raíz. Durante esta disección se observa la existencia de una anomalía anatómica: nervio furcal (la raíz L3 se dirige hacia abajo sin salir por su foramen, y sale junto con la siguiente por el foramen inferior). Una vez coagulados los vasos foraminales se intenta de nuevo ampliar la laminectomía, pero vuelve a producirse un sangrado importante por lo que, tras controlarlo, se decide no ampliar más la descompresión.

El abordaje transforaminal es un abordaje bastante usado para la discectomía y artrodesis intersomática (Fusión Intersomática Lumbar Transforaminal) y en los casos de estenosis foraminal severa en la columna degenerativa. Como se asocia a inestabilidad segmentaria conviene realizar fijación vertebral pedicular, por lo que la intervención se finalizó realizando esta fijación.

En todo momento considero que las indicaciones de la cirugía han sido las habituales, y ésta se ha realizado de forma reglada, según procedimientos quirúrgicos estándares en la cirugía vertebral. Es la hemorragia del canal lo inusual, pues no suele ocurrir que obligue a suspender un procedimiento quirúrgico, si bien esto puede ocurrir en casos de anomalías de circulación, como puede ser shunt arteriovenosos, retorno venoso vicariante a expensas de venas peridurales u otras alteraciones difíciles de detectar mediante los estudios de que disponemos. En todo caso, y tras comprobar que se produjo un déficit neurológico agudo, es clara la indicación de cirugía urgente. Se utilizó el abordaje transforaminal, que es también un abordaje común hoy día, con el fin de controlar los vasos que entran en el canal neural a través del foramen y para poder alcanzar el disco controlando la hemorragia, tras comprobar que no era viable abordar el canal mediante laminectomía. Se utilizó la fijación pedicular posteriormente, pues es necesario dada la inestabilidad vertebral que se produce con el abordaje transforaminal. Ninguna de estas técnicas es desconocida para gran parte de los cirujanos de raquis. (...)

3) En cuanto a la información del paciente:

El riesgo más comúnmente comentado con cualquier paciente que requiere tratamiento quirúrgico de la columna vertebral es la posibilidad de lesión neurológica. La lesión neural no es frecuente, pero se encuadraría dentro de los riesgos 'típicos', dado que lo que se manipula en dicha intervención quirúrgica son las raíces nerviosas de la región lumbar. Este riesgo de daño neural es más importante en pacientes con estenosis del canal neural, con intervenciones previas, malformaciones óseas o neurales, etc., en definitiva, cuando existen circunstancias anatómicas inusuales. Al paciente se le explicaron los riesgos típicos que vienen reflejados en el documento de consentimiento informado para la intervención de hernia discal, que firmó con fecha 10-08-2006, contando con tiempo suficiente para aclarar cualquier duda antes de su intervención, realizada el 18-08-2006. En dicho documento se menciona 'la lesión de los nervios adyacentes y de las raíces nerviosas o médula espinal que pueden ocasionar pérdida de sensibilidad o parálisis de mayor o menor gravedad o duración, (...)'

4) En cuanto a la persistencia de la hernia discal L3-4.

La hernia discal que se extirpó mostraba señal hiperintensa en T2, era voluminosa y se localizaba en el lado derecho. Tras cualquier procedimiento de extracción quirúrgica de hernia de disco, queda un defecto en la lámina resecada, y el trayecto seguido por el cirujano en el canal para extirpar la hernia es ocupado por tejido cicatricial - o de granulación- como se describe en el informe de la RMN de fecha 26-01-2007. No se observan imágenes de recidiva de hernia discal en el espacio L3-4. Sí existe en el lado izdo. una protrusión del resto de disco L3-4 sin repercusión neurológica.

5) En cuanto a las secuelas del paciente:

El paciente venía sufriendo una radiculopatía crónica como consecuencia de su espondiloartrosis lumbar. Se agravó con la lesión radicular por hematoma compresivo surgida en la intervención para discectomía lumbar. Tratándose de lesión radicular (raíces nerviosas y no medula espinal) es factible que se produzca un cierto grado de recuperación funcional, que depende de múltiples factores, como el grado previo de la radiculopatía, y de factores locales relacionados con la circulación y microcirculación a nivel del canal neural, la edad del paciente, etc. Este tipo de lesiones pueden requerir 12 o más meses para alcanzar su recuperación máxima, para lo que se prescribió tratamiento rehabilitador y fisioterápico.

En historia clínica:

- En la última visita que consta, con fecha 25-05-07, el paciente se queja de lumbalgia y dolor en pierna derecha, evidenciándose una mejoría en el aspecto motor de su pierna derecha (flexores de cadera y rodilla) aunque refiere que aún es incapaz de caminar. Utiliza ortesis Rancho de los Amigos para evitar la caída del pie. Solicito TAC lumbar para evaluar estado de la artrodesis, pero el paciente no vuelve a revisión."

Se adjuntan asimismo dos informes del mismo facultativo, de 19 de enero y 29 de mayo de 2007, en los que describe la actuación seguida con el paciente y su estado en tales fechas. Al folio 428 exp. obra el segundo de dichos informes y una diligencia de ratificación de su autor a fecha 11 de diciembre de 2007.

CUARTO.- Mediante oficio de 22 de octubre de 2007 el hospital "Morales Meseguer" remitió copia de la historia clínica e informe del Dr. x., que expresa lo siguiente:

"Paciente ingresado en nuestro hospital a cargo del Servicio de Medicina Interna (Reumatología) en 2004. Nos consultan por un cuadro de lumbociatalgia derecha refractaria a tratamiento analgésico, en el contexto de dolor cervical y lumbar crónico de larga evolución. La función motriz está preservada segmento por segmento. Previamente valorado por Neurocirugía CSVA.

Su radiología simple muestra signos de artrosis facetaria-lumbar.

Su RMN de Septiembre de 2004 muestra signos de discopatía L3-L4, L4-L5, L5-S1.

Presenta hernia discal L4-L5 izquierda y hernia central L5-S1. Recibió, durante su ingreso, como tratamiento analgésico, infiltración epidural, con mejoría parcial.

Fue valorado de nuevo en nuestras consultas al alta. Tras la exploración clínica y la entrevista con el enfermo, se establece el diagnóstico de polidiscopatía lumbar degenerativa. En ese momento (Octubre de 2004), de las dos posibilidades plausibles, cirugía de fusión lumbar versus tratamiento no quirúrgico, nosotros decidimos hacer un tratamiento no quirúrgico de su enfermedad, a pesar de sus signos radiológicos de discopatía, que son ciertos y objetivos. Desconocemos si su situación clínica cambió o empeoró a partir de esa fecha, lo que en ocasiones nos lleva a revisar nuestros planteamientos y hacer tratamientos quirúrgicos en pacientes muy seriamente incapacitados sobre casos de poca predictibilidad."

QUINTO.- Mediante oficio de 14 de noviembre de 2007 el hospital "Virgen de la Arrixaca" remite copia de la

historia clínica del reclamante.

Posteriormente envió informe de 11 de diciembre de 2007 del Dr. x., Jefe del Servicio de Neurocirugía, en el que expresa lo siguiente:

"Este paciente fue visto inicialmente por el Dr. x. en consulta externa de Neurocirugía, a la edad de 57 años. Desde hacía varios años refiere lumbalgias que habían empeorado en los últimos 10 meses, con cierta irradiación a MID. La exploración neurológica estaba dentro de la normalidad y llevaba un corsé ortopédico. La TAC mostraba signos de espondiloartrosis con protrusión discal L4-L5, hallazgo que se confirmó en la RM. El diagnóstico entonces fue de una probable estenosis del receso lateral en el espacio L4-L5. Durante la exploración se constató un cierto componente funcional, por lo que de momento se desestimó intervención."

El paciente fue visto de nuevo por el Dr. x., Médico Adjunto del Servicio de Neurocirugía. Refería entonces lumbalgia crónica con irradiación intermitente a MID, así como episodio de cervicalgia y cervicobraquialgia derecha. Había sido visto en la consulta de Reumatología. En la exploración de entonces no se apreciaba déficit neurológico, persistiendo la contractura y limitación en la flexoextensión del raquis. Las Rx de raquis lumbosacro mostraban espondiloartrosis. En la columna lumbosacra se encontraba una protrusión global L4-L5 con alteración de la señal del disco en los últimos espacios y cambios degenerativos a nivel óseo, confirmados por RM lumbosacra. En raquis cervical se encontró una protrusión discal C3-C4, con un osteofito C4-C5 y signos de protrusión asociada, osteofitos C5-C6 y estenosis focal del canal entre C3 y C6. Igualmente, en el informe emitido el 20/10/99 se recomendó tratamiento médico conservador y se desestimó la posibilidad de intervención."

Posteriormente el paciente fue intervenido en otro Centro de una hernia discal L3-L4 derecha, al parecer con hemorragia durante la intervención que obligó a suspenderla, ante empeoramiento motor se reintervino a las 24 horas.

El paciente no ha vuelto a ser visto en el Servicio de Neurocirugía del hospital "Virgen de la Arrixaca", por lo que no podemos emitir un informe de situación actual."

SEXTO.- Propuesta prueba testifical respecto de diversos facultativos que atendieron al reclamante en diversas fechas, se practicó por escrito, en los términos recogidos en los folios 522, 524, 532, 536 y sgtes. exp.

SÉPTIMO.- El 28 de julio de 2008, el reclamante presenta un escrito de cuantificación de la indemnización reclamada, por importe de 268.440 euros, por los conceptos de días de baja, secuelas y gran invalidez precisando ayuda de tercera persona, junto con un informe de facultativo privado, de 29 de octubre de 2007, en el que se resumen los hechos en cuestión y se indican las secuelas que padece el interesado a la fecha del informe: *"En la actualidad el paciente presenta un estado de secuelas muy severas que tiene un carácter permanente y definitivo con atrofia severa a nivel de toda la musculatura del miembro inferior derecho con grave atrofia de cuádriceps y musculatura del muslo, así como grave atrofia de musculatura de la pierna con equino que precisa uso continuo de antiequino con fuerza 1-2/5, debido a los calambres y afectación de sensibilidad con disestesias con el mínimo apoyo, precisa el uso de muletas de forma continua y de antiequino sin poder apoyar el miembro inferior derecho, el paciente sufre calambres y dolor intenso y continuo que no desaparece con los analgésicos."* (...)

OCTAVO.- La aseguradora del Servicio Murciano de Salud x. aportó Dictamen Médico de fecha 25 de mayo de 2009, que concluye lo siguiente:

"1. Todas las actuaciones médicas, diagnósticas y terapéuticas fueron correctas en este caso."

2. La indicación quirúrgica era la correcta y la complicación quirúrgica que se produjo también era imprevisible e inevitable.

3. La paresia del miembro inferior del paciente se produjo probablemente con el procedimiento de taponamiento de la hemorragia, pero este acto fue correcto, pues permitió salvar la vida del enfermo.

4. Una vez detectada la paresia se llevaron a cabo todas las actuaciones médicas y quirúrgicas necesarias para su resolución de forma urgente.

5. Todo procedimiento quirúrgico de columna lumbar conlleva el riesgo de secuelas neurológicas de carácter irreversible.

6. Por todo lo anterior no consideramos justificada la reclamación."

NOVENO.- Solicitado informe a la Inspección Médica del Servicio Murciano de Salud, fue emitido el 23 de octubre de 2009, que concluye lo siguiente:

"Paciente con patología discal cervical y lumbar de varios años de evolución con múltiples interconsultas en varios servicios y centros sanitarios, pautándole tratamiento conservador hasta agosto de 2006, que se decide tratamiento quirúrgico derecha sobre hernia lumbar por dolor incoercible y debilidad a la flexoextensión de la rodilla que impedía la deambulación. Durante la intervención se produce sangrado profuso, siendo necesaria su interrupción por shock hipovolémico. Por empeoramiento de la sintomatología neurológica es reintervenido al día siguiente, aunque no se consigue mejoría, persistiendo el paciente con paresia de miembro inferior derecho.

No existía contraindicación para las citadas intervenciones. El hecho de que previamente se hubiera optado por tratamiento médico solo refleja la valoración realizada en un momento dado ante unos síntomas y unos hallazgos exploratorios. En ninguno de los informes emitidos en estas ocasiones se hace referencia a que existiera alguna contraindicación para la cirugía en caso de que la evolución del paciente lo demandase, desestimándose la intervención en esas valoraciones, en la primera ocasión por no correlación entre la sintomatología y los hallazgos de imagen, la sospecha de componente funcional o emocional y las expectativas del paciente inalcanzables. Posteriormente, en el ingreso en el HMM se indica cirugía diferida, que posteriormente se desestima por mejoría sintomática.

En su último ingreso se diagnostica de dolor incoercible, sin respuesta al tratamiento "conservador", a la vez que se objetiva empeoramiento de la sintomatología de afectación neurológica y agravamiento de los hallazgos en las pruebas de imagen. Es esta evolución progresiva de la patología la que obliga a un nuevo replanteamiento de opciones que anteriormente se habían rechazado por poder emplear otras relativamente más inocuas. La literatura médica apoya estos planteamientos e igualmente establece como criterios de intervención de las hernias el dolor que no responde al tratamiento médico.

La elección del procedimiento quirúrgico y la técnica utilizada fueron correctos. Esta técnica quirúrgica fue modificada durante la intervención en función de las complicaciones surgidas para la resolución de las mismas.

En los riesgos típicos de estas intervenciones se encuentran (entre otros) tanto la no mejoría sintomática, como la recidiva herniaria y la posibilidad de lesión neurológica. Estos riesgos están reflejados en el consentimiento informado que firmó el paciente nueve días antes de la cirugía."

DÉCIMO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, el reclamante presenta alegaciones en las que afirma la escasa predictibilidad del resultado de la cirugía; que, según las resonancias magnéticas, la pierna derecha estaba mejor en 2006, cuando se decide intervenir, que en 2004, cuando se optó por no intervenir; señala la disparidad existente entre las respuestas dadas por el Dr. x. y el Dr. x. a algunas preguntas idénticas formuladas por esa parte, y concluye, tras realizar diversas consideraciones médicas, que las causas de la parestesia total que padece en la pierna derecha pueden ser tres:

"1).- Que durante la manipulación de los nervios L4 durante la intervención de la hernia discal L3-L4 se hayan manipulado las raíces nerviosas correspondientes a los niveles inferiores.

Que dicha manipulación se ha hecho de forma inadecuada, pues el hecho de apartar otras raíces nerviosas para operar L3-L4 puede dar lugar, caso de hacerse debidamente, a una hipoestesia temporal postoperatoria, pero en ningún caso a una hipoestesia-parestesia definitiva.

2).- Que durante el proceso para intentar detener los tres procesos hemorrágicos padecidos, al ser éstos incoercibles, y por lo tanto no saber de donde derivan, se hayan tocado con el bisturí bipolar (eléctrico) zonas que no estaban dañadas, habiendo ocasionado lesiones nuevas que han provocado la parestesia mencionada, y más siendo varios los procesos hemorrágicos habidos durante ambas intervenciones.

3).- Que se haya originado un hematoma a consecuencia del acto quirúrgico que comprima las raíces nerviosas afectadas, reconocida esta circunstancia, en las respuestas a las preguntas DIECISEIS (x) y DIECISIETE (y)."

Añade que, en todo caso, según las respuestas dadas a las preguntas formuladas a los testigos, la situación del paciente tras las intervenciones debería haber sido, a lo sumo, similar a la que tenía antes de ellas, resultando que podía andar antes de ellas y no puede hacerlo tras las mismas, lo que demuestra la mala praxis empleada -hay que deducir-.

UNDÉCIMO.- El 7 de enero de 2010 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar, en síntesis, que no se ha acreditado la denunciada mala praxis médica; al contrario, los informes emitidos acreditan la corrección de la asistencia prestada, sin que la medicina pueda garantizar en todo caso el éxito de los tratamientos realizados.

DUODÉCIMO.- En la fecha y por el órgano señalado 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, concurriendo con ello el supuesto previsto en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, reguladora de este Consejo Jurídico.

SEGUNDA.- Legitimación, procedimiento y plazo.

I. El reclamante ostenta legitimación para deducir la pretensión indemnizatoria de que se trata, al ser la persona que sufrió los daños cuyo resarcimiento solicita.

La legitimación para resolver el presente procedimiento corresponde a la Administración regional, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria y ser de titularidad autonómica los servicios sanitarios a cuyo funcionamiento se imputan los referidos daños.

II. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

III. Del expediente remitido se desprende que se han seguido, en lo sustancial, los trámites establecidos para esta clase de procedimientos en la LPAC y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

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

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.
- Ausencia de fuerza mayor.
- 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 desarrolla (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, en general, 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^a, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La "*lex artis*", así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable 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^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".

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 (...) (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 jurídicamente 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, pues en tal caso habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas que no pudieran evitar los daños derivados de la patología del paciente o de los riesgos inherentes al tratamiento empleado para intentar remediar ésta, y que el estado de la ciencia y la técnica sanitarias no pueden evitar, aun siendo correcto su ejercicio (art. 141.1 LPAC), lo que convertiría a la responsabilidad patrimonial administrativa en un mecanismo de aseguramiento a todo riesgo que no es conforme con la naturaleza jurídica y el alcance de esta institución. Ello explica que, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, la jurisprudencia y la doctrina exijan una relación de causalidad jurídicamente adecuada -es decir, con los condicionantes y requisitos antes expuestos-, y no meramente fáctica, entre el daño producido y el funcionamiento de los servicios públicos de que se trate, para así imputar dicho daño, en términos jurídicos, y a efectos de dicha responsabilidad, a la actuación administrativa en cuestión.

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 intervinientes, 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 se reclama indemnización: inexistencia.

Aplicando las precedentes consideraciones al caso que nos ocupa, de las actuaciones obrantes en el expediente remitido se desprende que el reclamante no ha acreditado en modo alguno la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria que se dispensó en la sanidad pública y, en concreto, en la realización de las intervenciones practicadas el 18 y 19 de agosto de 2006 en el hospital "Reina Sofía".

A este respecto, basta con reparar en que los informes emitidos en el procedimiento que han analizado en su

conjunto el caso planteado (los informes de la Inspección Médica del SMS y de la aseguradora de dicho Ente), concluyen en la plena corrección de todas las actuaciones sanitarias llevadas a cabo por el facultativo que intervino al reclamante en dicho hospital (cuya explicación de las decisiones tomadas en su momento es especialmente detallada y motivada, lo que debe destacarse). Además, frente a lo manifestado por el reclamante en el sentido de que durante el procedimiento aportaría un informe pericial que demostraría la contraindicación de la intervención y la inadecuación de la misma, elaborado por el facultativo que actualmente le atiende, el informe aportado al respecto se limita a realizar un escueto resumen de las vicisitudes acaecidas, sin crítica alguna, y a describir las secuelas que padece el paciente.

Seguramente consciente de ello, el reclamante pone el acento en destacar algunas divergencias en las contestaciones dadas a ciertas preguntas efectuadas por él a determinados facultativos que han informado en el expediente, y a resaltar que se encuentra en una situación peor que la que tenía cuando procedió a intervenirse, circunstancias ambas sobre las que ya puede señalarse que, por sí mismas, no son concluyentes para tener por acreditada la denunciada mala praxis, máxime cuando existen informes en el expediente (los ya citados y el del facultativo que lo intervino), así como la propia propuesta de resolución, que dan unas explicaciones perfectamente plausibles a tales hechos, y que, por lo que se refiere a la actual situación del paciente, achacan ésta, bien a las complicaciones derivadas de la cirugía (las hemorragias aparecidas obligaron a realizar acciones urgentes que pudieron lesionar nervios del área afectada), bien al mismo riesgo de aquélla, aun sin concurrir complicaciones (como se recogió en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente), junto a la muy deteriorada situación que ya padecía el reclamante cuando se decidió la intervención de que se trata, sin que en ambas circunstancias interviniere mala praxis alguna.

De dichos informes se desprende que la situación del paciente entre los años 1998 a 2004, durante los que su patología va agravándose, no era la misma que en 2006. En aquellos primeros años, a la vista de su situación, no se consideró procedente tratamiento quirúrgico. El informe de 9 de octubre de 1998 del Dr. x. expresa que no se le considera un buen candidato quirúrgico "*de momento*" (f. 395 exp.). En 2006, cuando acude al hospital "Reina Sofía", lo hace en una situación de dolor ya muy seriamente incoercible a los tratamientos no quirúrgicos, y con una patología agravada respecto de sus situaciones anteriores, con una "*nueva hernia discal voluminosa, extruida y emigrada (dentro del canal neural) cranealmente a nivel de L3-4 derecha*" que "*predominaba sobre la patología lumbar previa*" (informe reseñado en el Antecedente Tercero). La indicación quirúrgica por dolor incoercible, empeoramiento de la sintomatología de afectación neurológica y agravamiento de los hallazgos de las exploraciones complementarias (en contra de las meras afirmaciones en sentido contrario del reclamante) es ratificada en el informe de la Inspección Médica del SMS (apartado A-2 de su "*Juicio crítico*"). También dicho informe ratifica la adecuación de las técnicas quirúrgicas empleadas a la vista de las circunstancias que acaecieron, las cuales se consideran complicaciones inherentes a esta clase de intervenciones, debido a las limitaciones de la ciencia y la técnica médicas, que implican un determinado riesgo, que el reclamante asumió cuando suscribió el detallado documento de consentimiento informado para la misma.

Dicho documento recoge expresamente como riesgos típicos las hemorragias (aunque las del canal neural sean inusuales, como señala el primero de los reseñados informes, lo que explica las respuestas dadas por los facultativos a la mayor o menor frecuencia de hemorragias en estas intervenciones), lesión de los nervios adyacentes y de las raíces nerviosas, recidiva de la hernia discal, pérdida de movilidad en las articulaciones y de fuerza en los músculos del área intervenida, etc. (f. 216 y 217 exp.). Además, en el consentimiento informado que el reclamante suscribió en 2004 para la intervención que no llegó a realizarse, figuran también como riesgos el sangrado y las complicaciones neurológicas (f. 378 exp.), por lo que puede concluirse sin lugar a dudas que en 2006 el paciente estaba en la situación objetiva adecuada (que es lo que hay que exigir, más allá de la subjetividad irreductible de cada persona) para decidir si se sometía a la intervención, optando por ella, sin duda, como se ha dicho, por la muy difícil y grave situación en la que ya se encontraba cuando en tal fecha acudió a la sanidad pública por dolores incoercibles a los tratamientos antes empleados; decisión del paciente que, por ello, es plenamente explicable, pero sin que pueda imputar el fracaso de la intervención a la sanidad pública, pues no existe en el expediente ningún dato objetivo concluyente de una mala praxis en la realización de las intervenciones que fuera la causa de tales complicaciones y de los daños que éstas pudieron originar, además de los daños propios de la progresión de la grave patología que ya le aquejaba en aquél momento y que justificó la intervención.

En consecuencia, no habiéndose acreditado la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama, procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de Dictamen.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- No concurre la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización. En consecuencia, la propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

