



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen **258/2012**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de octubre de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 11 de mayo de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **135/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 10 de junio de 2010, x, en representación de x, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud por imprudencia médica, negligencia y anormal funcionamiento de sus centros públicos sanitarios, con especial mención al Hospital Rafael Méndez de Lorca.

Describe los hechos del siguiente modo:

El paciente, en la madrugada del día 16 al 17 de octubre de 2009, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez en el que ya había estado el día anterior, aquejado de una fuerte lumbalgia. Es ingresado en el Servicio de Medicina Interna de dicho Hospital. El x tenía antecedentes conocidos de lumbalgia por hernias discales y había sido citado a consultas de traumatología para el día 17 de noviembre de 2009 en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Acompaña como documentos núms. 1 y 2 copia del informe del Servicio de Urgencias y de la citación a consulta.

En el Hospital Rafael Méndez permaneció ingresado desde el 17 hasta el 24 de octubre de 2009, siendo trasladado de forma urgente en la noche de este último día al Hospital Virgen de la Arrixaca con síndrome de cola de caballo agudo. En el primer Hospital su tratamiento consistió en administrarle calmantes cada vez más fuertes contra el intenso dolor lumbar que padecía, siendo visitado por varios facultativos, entre ellos los de la unidad del dolor, que le dijeron que tuviera paciencia pues mejoraría con la medicación. Entre los calmantes que se le administraron se encuentra el Cloruro Mórfico, que puede conllevar vómitos y dificultad respiratoria aguda entre sus efectos adversos. Estos síntomas se presentaron en el paciente la tarde del 24 de octubre, según se describe en el informe que acompaña como documento núm. 3.

Tras el episodio de vómitos y dificultad respiratoria, el paciente presenta insensibilidad en los miembros inferiores e incontinencia urinaria. Se diagnostica "síndrome de cola de caballo" y es trasladado al Hospital Virgen de la Arrixaca, en el que ingresa sobre la una de la madrugada del día 25. Esa noche es intervenido quirúrgicamente, realizándose Disectomía L4-L5 derecha, Fenestración y Flavectomía L4-L5 con hemilaminectomía L4, extrayéndose dos fragmentos grandes de disco en dirección ascendente y uno pequeño en dirección descendente. Las raíces quedan libres. Se hace coagulación y cierre por planos.

Ante el déficit neurológico que presentaba el paciente, se decide realizar intervención el día 30 de octubre de 2009, practicándose laminectomía L4-L5. Se encuentra fragmento discal medial en espacio L4-L5. Se normaliza raíz L4 que se encuentra adherida y se libera raíz L5 desestructurada.

El paciente evoluciona sin mejoría del déficit neurológico, persiste plejía en pie derecho y pérdida de fuerza a la

flexión dorsal en pie izquierdo, así como abolición de sensibilidad en cara lateral y planta del mismo pie y perianal. Inicia rehabilitación y es visto por el urólogo por atonía vesical, recomendando de momento sondaje vesical permanente. El informe de alta expresa como diagnóstico principal síndrome de cola de caballo, secundario a hernia discal L4-L5 extruida y emigrada (documento núm.3 que acompaña). Entre otros diagnósticos figura estenosis del canal lumbar, siendo citado a consulta externa de Neurocirugía a los tres meses.

Es remitido a su Hospital de referencia Rafael Méndez el 13 de noviembre de 2009, para continuar rehabilitación y ser visto por urología; en el Hospital Virgen de la Arrixaca se habían iniciado algunas sesiones de Rehabilitación, pero sin continuidad, incluso algún día le llevaron con más de una hora de retraso, limitándose a realizar unos escasos ejercicios.

Afirma que cuando llegó al Hospital Rafael Méndez no se le prescribió ninguna rehabilitación, únicamente fue visto por el Servicio de Urología; se le prescribió que debía iniciar rehabilitación ambulatoria pero sin mayor especificidad ni plan de inicio. Por su cuenta y a través de un familiar solicitó la rehabilitación, que finalmente se iniciaría dos semanas después por razones de programación. Es dado de alta en el Hospital Rafael Méndez el 20 de noviembre de 2009. Acompaña el informe de traslado a este último Hospital y el informe de alta citado como documentos núm. 4 y 5.

Pese a que el informe de alta expresaba que debía acudir a revisión de consultas de urología en el plazo de tres meses, a los pocos días, y providencialmente, fue visto por el Dr. x, del Servicio de Urología, que le citó inmediatamente y aconsejó su traslado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, aceptándose su ingreso el 15 de diciembre de 2009, permaneciendo ingresado hasta el 12 de mayo de 2010, con un paréntesis durante la Navidad. Acompaña como documentos números 6 y 7 los informes médicos y de enfermería del Hospital citado.

Manifiesta que en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo se le indica en varias ocasiones que su evolución hubiera sido mejor si hubiera acudido antes para realizar la rehabilitación y que en el informe de alta del citado Hospital se le indica continuar con programas de tratamiento físico y mantenimiento, por lo que solicitó rehabilitación en el Hospital Rafael Méndez, que le dió cita para el 1 de julio de 2010 (un mes después) respecto a un paciente que necesita de forma permanente realizar sus ejercicios y atención profesional. Añade que ha sido declarado en la situación de incapacidad permanente (gran invalidez) por Resolución de 27 de enero de 2010. Se acompaña el dictamen propuesta del Equipo de Valoración de la Dirección Provincial del INNS y la Resolución precitada como documentos núms. 8 y 9.

Tras la descripción de los hechos, el reclamante formula las siguientes imputaciones al Servicio Murciano de Salud:

- Se tuvo al paciente hospitalizado durante una semana completa de lumbalgia aguda causada por dos hernias discales, sin otro tratamiento que la administración de calmantes cada vez más fuertes, que a la postre disfrazaron los síntomas reales sin que se le realizara ninguna prueba de diagnóstico eficaz y sin que se tomara la decisión sobre la intervención quirúrgica, pese a que luego hubo de realizarse de forma urgente.
- El resultado de la intervención fue nefasto, determinante de una gran invalidez, por no haber resuelto antes su traslado al Hospital Virgen de la Arrixaca para ser operado. Tuvo que ser intervenido en dos ocasiones en cinco días y después remitido a su Hospital de referencia con signos importantes de déficit neurológico, sin que tampoco aquí acertaran a indicar la posibilidad de su traslado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

Finalmente, solicita la cantidad de 700.000 euros porque no se pusieron a disposición de la paciente todos los medios necesarios para prestar una adecuada asistencia, tachando la actuación de pasiva inicialmente y con posterioridad de deficiente, lo que, en su opinión, ha motivado las gravísimas e irreversibles lesiones que padece.

SEGUNDO.- Con fecha 23 de junio de 2010, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta Resolución de admisión a trámite, la cual fue notificada a las partes interesadas y a los Centros Hospitalarios en los que fue asistido, solicitando la historia clínica del reclamante y los informes de los facultativos actuantes.

TERCERO.- Desde la Gerencia del Área de Salud I, de Murcia, se remite historia clínica del reclamante e informe del Dr. x, Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca, que informa (folios 36 a 40):

"Resumen del caso (...)

CONSIDERACIONES

1. **DOLOR DE ESPALDA.** El dolor de espalda constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta a los Médicos de Familia, Traumatólogos y Neurocirujanos. El 60 al 70% de la población sufre algún episodio de dolor lumbar a lo largo de su vida (...) El x venía padeciendo de dolores lumbares desde hacía 8 años, tenía una Resonancia realizada el 9 de agosto de 2009 que mostró protrusiones discales L2-L3 y L4-L5 así como una estenosis del canal (Doc. N° 47). El ingreso en el Hospital de Lorca fue por una recaída y el tratamiento aplicado de analgésicos fue correcto según las Guías Clínicas. Nada hacía preveer que iba a tener un deterioro tan agudo e importante. Tan pronto se apreció la aparición del cuadro de afectación de esfínteres y adormecimiento y falta de fuerza en piernas fue remitido con carácter de urgencia a nuestro Hospital.
2. **SÍNDROME DE COMPRESIÓN DE LA CAUDA EQUINA.** Consiste en un cuadro de afectación de las raíces nerviosas situadas dentro de la columna lumbosacra [...].

El cuadro clínico puede, asimismo, evolucionar de dos formas:

- a) de manera aguda, con inicio brusco, en ocasiones por salida masiva del disco intervertebral, ocasionado por un esfuerzo violento (levantar un gran peso, un golpe de tos, vómitos...) como sucedió en este paciente. El inicio agudo no permite medidas de prevención. O bien
- b) de manera crónica, con instauración de los síntomas a lo largo de días o meses. En este caso es posible realizar medidas diagnósticas y terapéuticas para prevenir el daño neurológico.

La prevalencia de este cuadro es de 0,0004 de los pacientes (...). En el caso del x el inicio fue agudo, y según los datos de la historia clínica se produjo tras el esfuerzo del vómito que presentó al despertar de la siesta el día 16/10/2009 (debe haber un error material en el día, siendo el 24 como expone en el resumen del caso). El diagnóstico se realiza mediante un TAC o, preferiblemente, mediante una Resonancia. El tratamiento consiste en la descompresión quirúrgica y extirpación de la hernia discal. Ambas cosas (Resonancia e intervención) se realizaron de urgencia, a la llegada al Hospital Virgen de la Arrixaca, en el transcurso de 2 y 1/2 horas teniéndose incluso que esperar porque el paciente había cenado y ya había sufrido un episodio sospechoso de broncoaspiración del vómito en Lorca, lo que podría repetirse agravando el riesgo anestésico.

Existen dos puntos de relativa controversia respecto a los factores que influyen en el resultado del tratamiento:

1. **El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la operación.** La mayoría de autores consideran que este tiempo es de 48 horas, ya que los resultados en cuanto a la recuperación de los pacientes fue la misma en los operados en las primeras 24 horas, que en los operados de 24-48 horas, o en los de más de 48 horas. Igualmente, la mayoría de los autores sugieren no operar en las horas nocturnas y esperar a la cirugía programada del día siguiente. Esta recomendación trata de evitar una operación precipitada y realizada por un médico inexperienced. En el caso del x, la intervención se realizó con todos los medios ordinarios de una operación programada (marca radiográfica, microscopio quirúrgico...) y por neurocirujanos experimentados.
2. **Intensidad del daño inicial.** En la opinión de la mayoría de autores la recuperación no depende tanto del tiempo de la cirugía sino de la intensidad del daño inicial sobre los nervios de la cauda equina producido por la salida del disco intervertebral (...) Los factores pronósticos indicadores de una mala o nula recuperación son la existencia desde el principio de anestesia en la región perianal y la parálisis del esfínter vesical.

3. Traslado al centro Nacional de Parapléjicos

La consideración de que el paciente debió ser enviado al Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo carece de fundamento. Dicho centro trata a grandes lesionados medulares de diversas causas. Desde el Servicio de Neurocirugía de Murcia se envían para tratamiento a este Centro a los grandes lesionados medulares (tetrapléjicos y parapléjicos) con lesiones de la médula espinal traumáticas, tumorales, vasculares, infecciosas., etc. La lesión del x no es una lesión de la médula, sino una lesión radicular de los nervios de la cola de caballo. Estas lesiones pueden y deberían tratarse perfectamente en los Servicios de Rehabilitación de los hospitales de nuestra región, entre ellos el Hospital de Lorca. Entre las consideraciones que se toman en cuenta para solicitar esta asistencia especializada están la de la lejanía del domicilio del paciente, lo que causa molestias al tener que realizar una estancia prolongada en un centro distante, con los inconvenientes que puede conllevar tanto para el paciente como para su familia. De todas formas, nos parece bien que el paciente fuese tratado en ese Centro Nacional para recibir aparte de la rehabilitación, apoyo moral y social.

CONCLUSIONES

Se trata de un paciente joven (39 años) con una larga historia (8 años) de lumbalgias de repetición, ingresado por el mismo motivo y correctamente tratado en su hospital comarcal, que tras un acceso de vómito presentó anestesia perianal y en pies, con falta de fuerza en pies y pérdida de control de esfínteres. Este deterioro fue debido a la herniación masiva y aguda del disco intervertebral tras el esfuerzo del vómito.

Tan pronto se sospechó el cuadro de compresión de la cola de caballo, fue remitido al Hospital Virgen de la Arrixaca, donde en un tiempo record (inferior a 3 horas) se llevó a cabo su estudio, preanestesia e intervención. Como no hubo ninguna mejoría (como ya se preveía), y dada la joven edad del paciente, se le volvió a operar para aumentar las posibilidades de recuperación. Por tanto, las conductas tanto del Hospital Comarcal como la del Virgen de la Arrixaca, son irreprochables tanto en diligencia como en adecuación de medios.

Por tanto, el resultado desfavorable del paciente no resultó de retrasos sino de la propia naturaleza de la lesión (herniación masiva y aguda del disco intervertebral), como queda reflejado en la bibliografía actual del tema. No hay, pues, ningún lugar para la recriminación de ningún profesional interviniente como se solicita, ya que las actuaciones nos parecen impecables.

El envío al Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo y la concesión de GRAN INVALIDEZ, realizados en períodos cortos de tiempo, suponen, a mi juicio, una gran sensibilidad hacia los aspectos sociales y emocionales de este paciente por parte del Servicio Murciano de Salud y de los Médicos intervinientes en el proceso del x, de los cuales sin duda el paciente es merecedor".

CUARTO.- Consta también la historia clínica del paciente en el Hospital Rafael Méndez, junto con dos notas interiores de los Servicios de Urología y Reumatología (folios 97 y 98).

Con posterioridad desde el Hospital Rafael Méndez se remite el 24 de noviembre de 2010 nuevo informe del Servicio de Rehabilitación del mismo acerca de la actuación realizada tras el alta en el Hospital de Toledo. Esta nueva documentación es remitida también a la Inspección Médica y a la compañía de seguros, a los que se había solicitado también informe anteriormente.

QUINTO. El 12 de abril de 2011 (registro de salida) se remite el expediente a la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia por haberse interpuesto por el reclamante Recurso Contencioso Administrativo frente a la desestimación presunta (P.O. 270/2011).

SEXTO.- La compañía aseguradora x aporta al expediente dos dictámenes periciales realizados colegiadamente por los doctores x, y, especialistas en Neurocirugía. Ambos informes, de 13 de octubre de 2010 y de 16 de enero de 2011, son sustancialmente iguales, pues el segundo sólo añade una observación, dejando constancia de que además se ha tenido en cuenta el informe del Servicio de Rehabilitación de 22 de noviembre de 2010. Los dos informes finalizan con idénticas conclusiones:

"1. Paciente con antecedentes de lumbalgia de 8 años de evolución, que ingresó por un cuadro de lumbociática intensa, y que fue tratado médicamente de acuerdo con su sintomatología.

2. El paciente no presentaba ninguna focalidad neurológica por lo que no estaba indicada ninguna exploración radiológica ni tratamiento quirúrgico urgente.

3. Al paciente se le había realizado una RM lumbar dos meses antes de este episodio de lumbociática, que mostraba dos hernias discales de pequeña entidad que no comprimían el saco dural.

4. A consecuencia de un episodio agudo de broncoaspiración con los vómitos y disnea, presentó un cuadro de déficit neurológico en miembros inferiores motor sensitivo y esfinteriano, por lo que fue trasladado para su estudio al Servicio de Neurocirugía del H.U. Virgen de la Arrixaca, lo que nos parece totalmente correcto.

5. Fue diagnosticado de una extrusión masiva de fragmentos discales, que se produjo tras el episodio de broncoaspiración, siendo intervenido urgentemente en un plazo de tres horas.

6. Cinco días después fue reintervenido para intentar mejorar su cuadro de déficit neurológico.

7. Al alta fue remitido a su centro de referencia para continuar rehabilitación lo cual nos parece correcto.

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

SÉPTIMO.- La Inspección Médica emite un informe exhaustivo el 9 de noviembre de 2011 (folios 245 a 256), señalando en la última conclusión que "el resultado desfavorable del paciente no resultó de retrasos sino de la propia naturaleza de la lesión", cuyo extenso juicio clínico será reproducido en el análisis de las imputaciones formuladas por la parte reclamante.

OCTAVO.- El 16 de noviembre de 2011 se remite por el Servicio Jurídico de la Gerencia del Hospital Rafael Méndez nueva documentación solicitada por el letrado de la Comunidad Autónoma, relacionada con las asistencias médicas al paciente en fechas anteriores al ingreso en octubre de 2009, para su incorporación al expediente administrativo.

Esta nueva documentación fue remitida a la compañía de seguros y a la Inspección Médica, que remite un informe complementario de 1 de febrero de 2012, en el que se ratifica en las conclusiones de su anterior informe.

NOVENO.- Por escrito de 17 de febrero de 2012 se otorga un trámite de audiencia a los interesados, no habiéndose presentado por la parte reclamante alegaciones, que cuestionen los informes médicos evacuados en el procedimiento.

DÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 25 de abril de 2012, desestima la reclamación presentada al no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, al no haberse acreditado la relación causal entre el daño padecido y la asistencia recibida.

UNDÉCIMO.- Con fecha 11 de mayo de 2012 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

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

1. El reclamante, en su condición de paciente que se siente perjudicado por la asistencia prestada por el Servicio Murciano de Salud, ostenta la condición de interesado para deducir la presente reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este Dictamen, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el artículo 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva no suscita duda la correspondiente a la Administración regional, en cuanto titular del servicio sanitario a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

2. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados deduzcan su pretensión ante la Administración. En efecto, según el artículo 142.5 LPAC el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Añadiendo que en caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. Pues bien, en el caso que nos ocupa la reclamación se interpuso el 10 de junio de 2010, antes de que transcurriera el plazo de un año desde que se produjo la actuación sanitaria a la que se imputa un anormal funcionamiento del servicio público, por lo que la acción se ha ejercitado dentro del plazo estipulado, aun sin tener en cuenta la fecha de estabilización de las secuelas (la Resolución del INNS, por la que se reconoce la incapacidad permanente por gran invalidez, data de 27 de enero de 2010).

3. El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP, salvo el plazo máximo para resolver, que ha excedido en mucho al previsto en el citado Reglamento.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada 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.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, 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 grupos de personas.

Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una 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 sanitario ha de llevarse a cabo 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002).

CUARTA.- Falta de acreditación de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso.

El reclamante imputa al Servicio Murciano de Salud negligencia médica en el retraso del diagnóstico eficaz, al mantener al paciente una semana hospitalizado por patología de lumbalgia aguda causada por dos hernias discales sin otro tratamiento que la administración de calmantes y sin tomar una decisión sobre la intervención quirúrgica, que hubo de realizarse, de forma urgente, con un resultado nefasto. De otra parte, el Hospital Virgen de la Arrixaca no le indicó la posibilidad de su traslado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, cuando tenía más posibilidad de mejorar y donde no ingresó hasta el 15 de diciembre de 2009, produciéndose con ello un retraso en el tratamiento de rehabilitación. En suma, considera que el Servicio Murciano de Salud no puso a disposición del paciente todos los medios necesarios para prestar una adecuada atención.

Pues bien, en el presente caso las imputaciones del reclamante sobre la existencia de la relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario no vienen avaladas por criterio médico alguno, cuando 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. Pero tampoco el reclamante, en el trámite de audiencia otorgado, ha presentado alegaciones, por lo que no han sido cuestionados los informes de los facultativos intervinientes, al que se suma al evacuado por la Inspección Médica, que, en su cualidad 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.

Frente a esta falta de prueba de las imputaciones formuladas por la parte reclamante, los informes médicos obrantes en el expediente sostienen motivadamente la adecuación a la *lex artis* de la atención prestada al reclamante, destacando las conclusiones del Informe del Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya plasmadas en el Antecedente Tercero.

Tales conclusiones son corroboradas por la Inspección Médica, cuyo juicio clínico es reproducido por la propuesta elevada:

"Por su parte, también la Inspección Médica, en su informe (folios 245 y ss) considera que en todas las

actuaciones realizadas, tanto en el Hospital Rafael Méndez como en el Hospital Virgen de la Arrixaca, no ha existido infracción de la lex artis:

- *"El 17/10/09 ingresa en Urgencias del HRML por empeoramiento de lumbalgia, fue revisado por especialistas de Reumatología, Traumatología y de la Unidad del dolor, siendo refractario al tratamiento escalonado del dolor, completado con medicación para las náuseas. Se valoró con pruebas y se descartó la indicación de cirugía urgente. El tratamiento fue correcto según las Guías de práctica clínica.*
- *El día 24/10/09 presentó tras un acceso de vómito una complicación imprevisible Síndrome de cauda equina.*
- *El tratamiento de descompresión quirúrgica de la médula, se llevó a cabo de forma correcta en un tiempo inferior a 3 horas en el Hospital de referencia HUVA.*
- *Tras la intervención se confirma con EMG daño bilateral severo de raíces L4-L5 (con afectación de control de esfínteres). Complicación contemplada en el consentimiento.*
- *A pesar del pronóstico desfavorable acepta y firma el consentimiento de reintervención que consistió en Laminectomía descompresiva L4-L5 con extirpación del fragmento discal y liberación de raíces. No mejorando la función esfinteriana tras la cirugía.*
- *Se inicia RHB en el HUVA y después se remite a su hospital el 18/10/09 donde continúa las pautas de RHB con adiestramiento de cateterismo vesical intermitente.*
- *Desde el HRML se solicita la orden de asistencia en el Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo, comenzando el 15/11/09 (realmente fue el 15/12/09) donde sigue revisiones periódicas en el sentido de mantenimiento articular y preeducación de la marcha, para mejorar el equilibrio y prevenir caídas. No siendo significativo para la evolución dada la lesión de base, el inicio de la preeducación de la marcha dos semanas antes".*

De lo anterior se deduce que no se ha acreditado en el presente procedimiento la existencia de nexo causal entre el daño padecido por el x y la asistencia que se le prestó por el Servicio Murciano de Salud.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta desestimatoria, en cuanto no se acreditan los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

