



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **91/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de marzo de 2015, 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 13 de enero de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **11/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 13 de noviembre de 2013 x presenta ante el Servicio Murciano de Salud una solicitud de indemnización, de fecha 11 del mismo mes, fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En su reclamación, el interesado expone que el día 7 de noviembre de 2012 tuvo que acudir al servicio de urgencias del Hospital General Universitario "*Santa María del Rosell*", de Cartagena, al sufrir fuertes dolores en la zona lumbar. En la consulta le refiere al médico que le atendió que el dolor se extendía desde el glúteo al tobillo y pie, con parestesia, es decir, pérdida de sensibilidad, en el pie.

Relata en el escrito que se le realiza una radiografía de la zona lumbar y una analítica, se le diagnostica lumbociatalgia derecha y se le prescribe el siguiente tratamiento: reposo sin esfuerzo; fortectortín; enantyum; nolotil, y pantecta.

Sin embargo, el interesado manifiesta que los servicios médicos no le realizan ninguna prueba para esclarecer la causa que podía producirle la sensación de parestesia en el pie y el dolor que sentía en él, ni se le aplica ningún tratamiento para paliarlos ni frenar su avance.

Cinco días más tarde, es decir, el 12 de noviembre de 2012, tiene que acudir de nuevo a los servicios de urgencia ya que le persiste el dolor tanto en la zona lumbar como en el pie. En esta ocasión le refiere además al médico que ya experimenta dificultad en la movilidad del pie. Se le realiza una nueva exploración física y otra analítica, y se le vuelve a diagnosticar lumbociatalgia derecha y se le prescribe como tratamiento fortectortín, adolonta y

toradol.

El interesado explica en su reclamación que horas más tarde ingresa de urgencia en el Servicio de Reumatología por la persistencia de los fuertes dolores y que, tras la exploración, se le diagnostica en esta ocasión lumbociatalgia derecha aguda, radiculopatía L5 derecha aguda, con paresia (parálisis) completa de flexión dorsal del pie y artrodesis lumbar L5-S1. Queda ingresado un día en el hospital mencionado en espera de que haya una cama libre en el Hospital "Santa Lucía" para ser operado.

El día 16 de noviembre de 2012, esto es, cuatro días más tarde de su ingreso de urgencia, es operado en el último centro hospitalario mencionado y se le retira una barra que se le había colocado en una anterior operación que se le realizó el 13 de noviembre de 2009, y se le implantan nuevos tornillos en L4 CD legacy, se le colocan barras 70 desde S1-L4, abordaje transforaminal derecho para discectomía exhaustiva comprobando liberación de raíces y saco dural e implantación de caja intersomática T-Plus (exatech) número 11 Medishield sobre foramen. Recibe el alta con fecha 20 de noviembre de 2012.

Acude de nuevo a consulta de Traumatología el día 29 de enero de 2013 y en ella se le diagnostica hernia discal masiva L4-L5 sobre artrodesis L4-S1, sin hacer mención ninguna a la situación del pie, a pesar de que persiste la parestesia.

Más adelante, el 27 de febrero de 2013 acude de nuevo a revisión en el citado Servicio en el que, ante su insistencia, se le diagnostica la pérdida de fuerza en L5 con extensión al pie derecho, y se le propone tratamiento rehabilitador para tratar la limitación de movilidad en el pie.

El día 21 de octubre de 2013 el Servicio de Rehabilitación emite un informe de alta en el que se hace constar que, después de realizar fisioterapia, electroestimulación y rehabilitación de musculatura elevadora del pie derecho durante cuatro meses, el interesado no evoluciona favorablemente y que presenta como secuela una paresia grave de la musculatura flexoral dorsal del tobillo derecho que lo limita de forma parcial para la marcha.

Por esa razón, el interesado considera que la Administración sanitaria incurrió en un retraso en el diagnóstico de las dolencias que sufría, lo que motivó que tuviese que ser intervenido de urgencia y recibir sesiones de rehabilitación, y que padezca las secuelas a las que se ha hecho referencia. También entiende que la Administración omitió, desde el momento en que acudió al Servicio de Urgencias, la realización las pruebas médicas necesarias para esclarecer la causa de las lesiones que padecía e impedir su avance.

En el escrito de reclamación se fija el alcance de las lesiones y secuelas descritas, sin perjuicio de su posible valoración posterior, en la cantidad de diecisiete mil quinientos doce euros con veintinueve céntimos (17.512,29 euros), que se desglosa de la siguiente forma:

- Estancia hospitalaria, del 12 al 20 de noviembre de 2012:

9 días x 69,61 euros =626,49 euros.

- Baja incapacitante para la realización de sus ocupaciones habituales: 99 días x 56,60 euros
=.....5.603,40 euros.

- Días no improductivos: 245 x 30,46 =.....7.462,70 euros.
- Secuelas: 5 puntos x 763,94 euros3.819,70 euros.

Junto con su solicitud de indemnización aporta numerosa documentación clínica acreditativa del proceso de su enfermedad y de la asistencia recibida en los hospitales de la Gerencia de Área II de Cartagena.

SEGUNDO.- Con fecha 28 de noviembre de 2013 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada por x, y se designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado al interesado junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

TERCERO.- Por medio de oficios de fecha 28 de noviembre de 2013 el órgano instructor da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros "---" con el propósito, en este último caso, de que lo comunicara a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- También por medio de otro oficio de esa misma fecha se solicita a la Gerencia del Área de Salud II- Hospital Universitario "Santa María del Rosell" copia de la historia clínica del reclamante e informes de los facultativos que le atendieron, relativos a los hechos descritos en la reclamación.

QUINTO.- El día 26 de diciembre de 2013 se recibe en el Servicio consultante la nota interior del Director Gerente del Área II, del día 16 de ese mismo mes, con el que acompaña copia de los antecedentes clínicos que obran en poder de esa Área de Salud.

SEXTO.- Con fecha 21 de marzo de 2014 se recibe la nota interior de la Gerencia antes referida, de 13 de marzo, con la que se acompaña el informe del Dr. x, Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario "Santa Lucía". En dicho documento, elaborado el día 12 de marzo, se pone de manifiesto lo siguiente:

"1. En fecha 07/11/2012, a las 05.44 fue atendido por presentar un cuadro de dolor lumbar que irradia hacia miembro inferior derecho, persistiendo ahora el dolor desde glúteo hasta tobillo por cara posterior con parestesias en pie. También refiere que desde hace 5 meses tras accidente tráfico comenzó con lumbalgia recibiendo 30 sesiones de fisioterapia.

2. Se le practica exploraciones complementarias y analíticas, se administra tratamiento intravenoso con fortecortin 4 mg iv, enantyum iv, adolonta en 100 cc SF iv, primperan iv, omeprazol iv, al obtener mejoría franca según informe se le da alta, remitiéndolo a su médico y a Traumatólogo de zona para continuar estudio.

3. Le adjunto la sintomatología de la lumbociática que le permita "... esclarecer la sensación de parestesia en el pie y dolor del mismo..." Está obtenido de la Sociedad Española de Reumatología:

El dolor es el síntoma capital que caracteriza este síndrome. Se inicia en la región lumbar y se irradia a la región glútea, siguiendo el trayecto del ciático, sigue por la cara posterior de la nalga y muslo, por la cara externa y posterior de la pierna y pie hasta terminar en la punta de los dedos.

(...)En la mayoría de los casos, el síndrome se inicia con cuadros de lumbalgias que se han presentado ya en varias ocasiones con motivo de esfuerzos en que está comprometido la función de la columna vertebral. En estos casos, el dolor puede iniciarse en forma leve, se va intensificando progresivamente y en medio de una crisis de dolor lumbar intenso, se desencadena el cuadro de la ciática que identifica el síndrome.

Tampoco es raro que todo el cuadro se inicie en la forma de un compromiso neurológico atenuado: parestesia bajo la rodilla, o francamente anestesia a lo largo de la cara externa de la pierna y dorso del pie y dedos. En el 60% de los casos el comienzo es insidioso.

No es habitual que los enfermos relaten espontáneamente un déficit muscular. Más bien notan tendencia a tropezar, especialmente si hay compromiso de la raíz L5, que provoca una falta motora de los músculos flexores dorsales del pie.

4. (...).

5. El día 12/11/2012 acude por segunda vez y al persistir el dolor tras una nueva tanda de analgesia intravenosa, queda ingresado con cargo a Reumatología.

6. El ingreso hospitalario, se hizo en base a los criterios de ingreso que nos indica la Sociedad Española de Medicina de Emergencia SEMES.

7. Creemos que desde un primer momento se realizaron las pruebas pertinentes en urgencias, se aplicó un tratamiento correcto y ante la persistencia de la sintomatología se procedió a su ingreso hospitalario".

SÉPTIMO.- El día 24 de abril de 2014 se recibe una nueva nota interior de la Gerencia mencionada, del día 15 del mismo mes, con la que se remite el informe del Dr. x, Facultativo del Servicio de Traumatología de esa área de salud, suscrito el día 31 de marzo de 2014, en el que se señala lo siguiente:

"Paciente varón que acude a nuestra consulta el 21 de Septiembre de 2009 refiriendo ciatalgia desde hace años y un ingreso previo por lumbociatalgia en Junio de 2009 a cargo de Reumatología.

A la exploración se evidencia pérdida de fuerza y sensibilidad en raíz L5 derecha 3/5.

En RMN se aprecia profusión discal L5-S1 con fragmento herniario libre. También se observa discopatía en L4-L5.

Ante esto se decide intervención quirúrgica que se realiza el 13 de Noviembre de 2009, realizándose discectomía, TLIF L5-S1 y espaciador interespinoso L4-L5.

En revisiones posteriores (14-12-2009, 23-2-2010, 24-5-2010) la evolución es satisfactoria tanto radiológica como clínica insistiendo en cada revisión realizar ejercicio para tonificación muscular y cuidado de espacio móvil L4-L5.

Ante buena evolución del paciente es Alta el 19 de Diciembre de 2010 con "Rx perfecta".

El paciente ingresa el 12 de Noviembre de 2012 a cargo del Servicio de Reumatología refiriendo episodio de ciatalgia derecha con pérdida de dorsiflexión del pie derecho tras esfuerzo brusco de, al menos 9 días de evolución, consultando con nosotros el 13 de Noviembre de 2012.

El día 14 de noviembre de 2012 visito al paciente en planta donde confirmo el diagnóstico de Hernia discal extruida L4-L5 sobre artrodesis L5-S1 con pérdida completa de dorsiflexión de tobillo y extensión de 1º dedo. El paciente es valorado por Servicio de Anestesia el 15 de Noviembre de 2012 y operado el 16 de Noviembre de 2012 para discectomía L4-L5 y TLIF L4-L5 continuando la artrodesis instrumentada L4-S1.

Ante buena evolución del paciente es alta hospitalaria el 20 de Noviembre de 2012, para seguir tratamiento por Servicio de Rehabilitación ya iniciado en planta.

En revisiones posteriores en consulta el paciente va recuperando dorsiflexión de tobillo y extensión de primer dedo lentamente con tratamiento médico y rehabilitador, siendo alta en Servicio de Rehabilitación el 21 de Octubre de 2013.

El día 28 de Noviembre de 2013 el paciente presenta recuperación parcial de dorsiflexión de tobillo y extensión de primer dedo que evita pie caído, permitiendo la marcha de forma parcial, aunque dificultosa.

Ante la estabilización de la sintomatología y no indicación quirúrgica en ese momento el paciente fue alta ese día en nuestra consulta con la secuela especificada".

OCTAVO.- El día 29 de abril de 2014 el órgano instructor remite un oficio, de fecha 28 del mismo mes, a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria en el que solicita que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la referida reclamación. Sin embargo, no consta que ese informe haya sido emitido hasta el momento.

NOVENO.- Por medio de un escrito de fecha 14 de mayo de 2014 el reclamante solicita la emisión del certificado acreditativo de silencio administrativo, por haber transcurrido el plazo máximo para dictar y notificar la resolución expresa, que se expide el día 6 de junio de 2014.

En este mismo sentido, consta en el expediente que el reclamante ha interpuesto recurso contencioso-administrativo ante el Juzgado de ese orden nº 1 de Murcia, que se sigue por los trámites del Procedimiento ordinario 241/2014 promovido contra la desestimación presunta por silencio administrativo negativo de la reclamación patrimonial, que se ha remitido a dicho órgano jurisdiccional el expediente administrativo original y que se ha practicado el emplazamiento de los interesados.

DÉCIMO.- La compañía aseguradora del Servicio Murciano de salud remite un informe médico-pericial emitido por un Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología el día 23 de junio de 2014. En dicho documento se contiene una pormenorizada descripción de los hechos y se incluye un apartado relativo a la praxis aplicable al caso, en la que se pone de manifiesto que nos encontramos ante un caso en el que el paciente presenta antecedentes importantes sobre su columna lumbar como eran, en primer lugar, una cirugía para artrodesis instrumentada más espaciador realizada en 2009 y, en segundo lugar, un accidente de tráfico sucedido en el mes de febrero de 2012 pero que, según parece, no produjo ninguna consecuencia sobre dicha intervención.

Se expone además que el informe de urgencias correspondiente a la asistencia que se le dispensó el día 7 de noviembre de 2012 refleja que se hizo una correcta exploración clínica en la que no se apreció una falta de fuerza ni ningún otro signo de afectación neurológica, como hubiera correspondido en el supuesto de que hubiese presentado un déficit funcional para la dorsiflexión del pie.

Por el contrario, el perito médico señala que ese déficit aparece descrito por primera vez en la exploración que se le realizó el día 12 de noviembre, que fue cuando se ingresó al interesado para realizarle un estudio. Además, destaca que en ese momento se recoge el dato de que el paciente refería llevar al menos siete u ocho meses con dolor lumbar y, por tanto, con afectación radicular.

También se señala en el informe que dos días más tarde se le realizó una resonancia magnética con contraste, lo que supuso una medida eficaz y precoz, ya que no se trataba de ninguna situación de urgencia. En esa resonancia se le diagnosticó una hernia discal L4-L5 que estaba comprimiendo la raíz L5 derecha, lo que era compatible con la clínica que el paciente manifestaba. Además, el perito destaca que la operación quirúrgica que se le practicó cuarenta y ocho horas más tarde se puede considerar como un tratamiento inmediato.

Explica asimismo que las afectaciones neurológicas por problemas compresivos, como en el caso de una hernia discal, pueden recuperarse totalmente o no, dependiendo de las circunstancias de cada caso, pero, de modo especial, de la cronicidad del proceso. Apunta que en este supuesto la cronicidad era clara, aunque hubiera sufrido un agravamiento al aparecer el déficit de fuerza de la raíz L-5 derecha en forma de pérdida de fuerza para la dorsiflexión del pie.

De igual modo, señala el perito que el pronóstico de recuperación funcional no depende de la cirugía, que sólo puede eliminar la causa de la compresión (hernia discal, ganglión, tumor, etc.), sino del grado de la lesión axonal

que se haya producido. Así, a más daño axonal peor pronóstico funcional. En este sentido, manifiesta que si la lesión es leve el pronóstico suele ser bueno, pero que si la lesión es severa pueden quedar secuelas, a veces importantes, como son debilidad de algún grupo muscular o alteraciones de la sensibilidad.

En el informe se contienen asimismo las siguientes conclusiones:

"1.- x, de 43 años de edad, y con antecedentes de artrodesis lumbar instrumentada más espaciador L5-S1, en 2009, presentaba una (sic) cuadro de lumbalgia crónica, al menos desde el mes de febrero de 2012, tras un accidente de tráfico.

2.- Atendido en urgencias del Hospital S^a María del Rosell el día 07/11/2012, tras una exploración que no reveló afectación neurológica grave, se instauró un tratamiento médico, con lo que el paciente mejoró sensiblemente, siendo dado de alta con recomendaciones.

3.- Cinco días después, el 12/11 volvió a acudir a urgencias por persistencia del dolor y presentar un déficit de fuerza para la flexión dorsal del pie, por lo que fue ingresado para tratamiento. Dos días más tarde se le realizó una artro-RM y dos días después fue intervenido, extirpándole una hernia discal L4-L5 que comprimía la raíz L5.

4.- La evolución posterior fue favorable, de forma lenta, como suele ser habitual en estos casos, no llegando a recuperar del todo la función de la raíz afectada, como ocurre en numerosas ocasiones.

5 y última.- La praxis llevada a cabo en el H. S^a M^a del Rosell fue adecuada en todo momento, realizándose las pruebas diagnósticas adecuadas de forma inmediata y procediendo a un tratamiento quirúrgico muy precoz, cuando no existía indicación alguna de urgencia, por lo que considero, sin duda alguna, que se actuó conforme a lex artis".

UNDÉCIMO.- Mediante escritos con fecha 15 de octubre de 2014 se confiere a la parte reclamante y a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud el correspondiente trámite de audiencia, a los efectos de que pudiesen formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tuviesen por convenientes. Sin embargo, no consta que ninguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

DUODÉCIMO.- El día 23 de diciembre de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por entender que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 13 de enero del presente año.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde al reclamante, por ser la persona que sufre los daños por los que solicita indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos de su competencia.

II. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados puedan deducir su pretensión ante la Administración (artículo 142.5 LPAC), dado que el interesado la interpuso el día 13 de noviembre de 2013 por la asistencia que se le dispensó a lo largo de ese mismo mes del año anterior. No obstante, se debe señalar que la solicitud de indemnización se presentó antes de que se produjese en este caso la estabilización de las secuelas, ya que el alta médica en el Servicio de Traumatología se produjo el día 28 de noviembre de 2013.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

De manera particular, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen tanto en los informes que emitieron los facultativos que asistieron al reclamante como en el informe médico-pericial que remitió la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la parte interesada no ha presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostenga la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- La 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, según el cual *"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:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. 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.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. 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 con sujeción a 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). La *"lex artis"*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha puesto de manifiesto a lo largo del presente Dictamen, el interesado, que en aquel momento tenía 46 años, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "*Santa María del Rosell*" el día 7 de noviembre de 2012 aquejado de un fuerte dolor lumbar que irradiaba hacia los miembros inferiores derechos. Manifestó asimismo que el dolor se extendía desde el glúteo hasta el tobillo por la cara posterior y que sufría de pérdida de sensibilidad (parestesia) en el pie.

En el informe clínico de alta de urgencias de esa fecha (Folio 37 del expediente administrativo) se menciona como antecedente personal una artrodesis posterolateral que se le realizó en el año 2009 y que había permitido fijar las vértebras L5 y S1 para que no hubiera movimiento entre ellas. De ello hay información cumplida en la historia clínica del paciente y en el informe del Dr. x al que se hace referencia en el Antecedente Séptimo de este Dictamen y que se recoge en los Folios 106 y 107 del expediente.

También se señala en el informe de alta del día 7 de noviembre que el interesado sufrió un accidente de tráfico cinco meses antes (Folio 33 del expediente), que a partir de ese momento comenzó con lumbalgia y que recibió entonces treinta sesiones de fisioterapia, lo que también se menciona en el informe del Dr. x (Antecedente Sexto y Folio 103 del expediente).

Además, en el reconocimiento que se le practicó se constató que tenía fuerza en el pie y que la respuesta a los reflejos osteotendinosos (ROT) era normal. Se le realizó asimismo una radiografía, que evidenció la existencia de

la artrodesis a la que se hizo anterior referencia, y una prueba analítica que no ofreció ningún resultado significativo.

De acuerdo con lo expuesto, resulta perfectamente comprensible que se considerase en aquel momento que el paciente sufría una lumbociatalgia, esto es, un dolor localizado en la región lumbar, en la espalda baja, a lo largo del nervio ciático que, como es conocido, sale de varias ramas nerviosas a nivel de la columna vertebral, particularmente de las raíces de las dos últimas vértebras lumbares L4 y L5 y de los tres primeros nervios sacros. Así lo justifica plenamente el Dr. x en su informe. Por ello, se pudo apreciar de manera razonable que el paciente volvía a ver nuevamente afectada su columna lumbar como ya le sucediera tres años antes.

Por esa razón, se debe entender que el tratamiento de la irritación con antiinflamatorios (como en este caso, con Fortecortin y Enantyum), así como del dolor con analgésicos (Nolotil) para procurar su alivio, resultó particularmente adecuado. De hecho, como se destaca en el informe de alta, en el informe del Dr. x y en el dictamen pericial, la administración de este tratamiento propició una franca mejoría de la sintomatología que presentaba el reclamante.

Todo ello, lógicamente, a la espera de que se realizara un control y un estudio posteriores del paciente por parte de su médico de atención primaria y, de modo particular, por el Servicio de Traumatología de su zona. Sólo así se podría determinar si la afectación lumbar y de las extremidades que recorre el nervio ciático se debía a la concurrencia de alguna enfermedad reumática, a una infección o a una compresión del nervio por un tumor o, como suele suceder con más frecuencia, por la existencia de una hernia de disco entre dos vértebras.

No obstante, y antes de que pudiese ser visto por el Servicio de Traumatología, el interesado acudió de nuevo al Servicio de Urgencias del hospital mencionado el día 12 de noviembre y refirió que persistía el dolor, que sufría parestesias en el pie y que tenía dificultad para la movilización. En esta segunda visita, a diferencia de lo que manifestó en la primera que realizó, relató que presentaba dolor lumbar desde hacía siete u ocho meses y que desde hacía cinco días no podía levantar la punta del pie derecho. No deja de sorprender esta última afirmación ya que, como se ha dejado apuntado, no se refirió a ello en su visita del día 7 de noviembre. Sin embargo, en la del día 12 se constató que no podía levantar el pie y se le administró, en consecuencia, un nuevo tratamiento analgésico-antiinflamatorio y se procedió a su ingreso en el Servicio de Reumatología para su estudio y tratamiento (Folio 42 del expediente).

En la nueva exploración que se le realizó tras su ingreso hospitalario el mismo día 12 de noviembre se apreció paresia completa para la dorsiflexión dorsal del pie derecho y fuerza para la flexión plantar bien conservada. En esta ocasión se solicitó que se le realizase una resonancia magnética de manera urgente, así como una radiografía de tórax, un electrocardiograma y una analítica con coagulación (folio 45 del expediente).

El día 14 de noviembre se le realizó una resonancia magnética con contraste que permitió objetivar la existencia de una hernia discal entre las vértebras L4 y L5 que ocupaba de forma significativa el receso lateral derecho con compresión de la raíz, lo que justificaba el cuadro clínico del paciente (Folio 43). Así se destaca también en el dictamen pericial.

Por esa razón, se decidió tratamiento quirúrgico, de modo que se le intervino de dicha hernia discal el día 16 de noviembre de 2012 sin que se produjese ninguna incidencia. La evolución posterior transcurrió de manera

favorable, lo que permitió que se le diese el alta hospitalaria el 20 de noviembre, aunque con parálisis de extensores del pie.

Después de un largo proceso rehabilitador que aparece recogido en la historia clínica y que, en general, no permitió apreciar una mejoría significativa de la situación del paciente, en la revisión que se le realizó el día 28 de noviembre de 2013 (Folio 66) se describe, no obstante, que presenta recuperación parcial de la dorsiflexión del tobillo y extensión del primer dedo, que evita el pie caído y que permite la marcha de forma parcial, aunque dificultosa. En consecuencia, fue dado de alta con esa secuela.

En este sentido, se apunta en el dictamen médico pericial que las afectaciones neurológicas (radiculopatías) por problemas compresivos, como en el caso de una hernia discal, pueden recuperarse totalmente o no, dependiendo de cada caso, pero en especial de la cronicidad del proceso. En este caso, y como manifestó el propio interesado en las consultas realizadas en el Servicio de urgencias de los días 7 y 12 de noviembre de 2012, la cronicidad era clara, pues en el primer caso refirió llevar cinco meses con dolor lumbar y, en el segundo, al menos siete u ocho meses y, por tanto, como se apunta de igual forma en el dictamen pericial, con afectación radicular.

Otra cosa distinta es que este proceso con incidencia sobre la columna lumbar se fuese agravando poco a poco, de manera gradual, y que lo que en un primer momento resultó ser un dolor soportable para el interesado, se manifestase luego con mayor intensidad y acompañado de pérdidas de sensibilidad en el pie derecho para concluir unos días más tarde con persistencia del dolor y déficit de fuerza de la raíz L-5 derecha, en forma de pérdida de fuerza para la dorsiflexión del pie.

Y, finalmente, conviene señalar que aunque se intervino quirúrgicamente al reclamante de la hernia discal ello no hizo posible que llegase a recuperar del todo la función de la raíz afectada, como ocurre en numerosas ocasiones (Conclusión 4ª del dictamen), ya que eso depende en buena medida del grado de lesión axonal que se haya producido. En este sentido, si la lesión es severa pueden quedar secuelas, a veces importantes, como la debilidad de algún grupo muscular o la existencia de alteraciones de la sensibilidad.

De este modo, y por las razones que han quedado expuestas, se alcanza con facilidad la conclusión de que la asistencia que se le dispensó al reclamante en el centro hospitalario mencionado se ajustó en todo momento a la "*lex artis*" exigible, que se le realizaron las pruebas diagnósticas de forma inmediata con vistas al esclarecimiento de la causa de la irritación del nervio ciático que padecía y que se le aplicó un tratamiento médico -incluido el quirúrgico- rápido y adecuado.

También se aprecia que la secuela que padece deriva más de la cronicidad del proceso que sufrió el interesado (de siete u ocho meses de duración) y del grado de lesión axonal que pudo producirse en este caso que de un retraso de diagnóstico que, de otra parte, no puede considerarse en modo alguno que se produjera. Por ello, no se entiende que nos encontremos en presencia de una lesión antijurídica sino de un daño que el reclamante tiene la obligación de soportar por constituir una consecuencia inevitable del proceso de afectación lumbar que padecía.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada al no haber resultado acreditada la relación de causalidad que debe existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama ni, de manera particular, la antijuridicidad de los mismos.

No obstante, V.E. resolverá.

