



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 129/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de mayo de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 4 de noviembre de 2024 (COMINTER 206431) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 6 de noviembre de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_379), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 12 de septiembre de 2023, D. X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

Expone que el 5 de septiembre de 2022 se le operó en el Hospital de Molina (HM) para resolverle la estenosis del canal L4-L5 (anomalía de transición LS), y la inestabilidad y la deformidad sagital que padecía.

Tras la operación, experimentó una paresia para la dorsiflexión del pie izquierdo 2/5 que, ya en dicho momento, se atribuyó a la disección y separación de la raíz L5 izquierda en el foramen durante la microdissectomía y colocación de la caja intersomática.

Añade que, después de estar varios días en el HM y dado que mejoró, se le trasladó de urgencia al Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia, para realizarle una resonancia magnética nuclear (RMN).

Allí se le efectuó, además, una electromiografía, y se descartaron complicaciones que justificaran una nueva intervención. Se atribuyó la paresia a un efecto secundario de la retracción radicular foraminal realizada para trabajar en el disco. Se le diagnosticó, por ello, una radiculopatía L5 izquierda grave postquirúrgica con resultado de pie caído. Como tratamiento, aparte del farmacológico, se le prescribió rehabilitación y, un mes más tarde otro ortopédico consistente en una ortesis anti-equino.

Advierte que en ninguno de los hospitales citados se le administró heparina, que es lo habitual para la prevención y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas venosas.

A continuación, explica que el 13 de octubre de 2022 se le tuvo que ingresar de nuevo en el HUVA como consecuencia de un tromboembolismo pulmonar segmentario con baja carga trombótica.

El reclamante destaca que ha seguido el tratamiento de rehabilitación con fisioterapia que se le prescribió en el HUVA desde el 14 de noviembre de 2022 hasta el 14 de mayo de 2023, y que se le han efectuado varias electromiografías, pero que no ha mejorado. El último día citado se le concedió el alta en el Servicio de Rehabilitación sin cambios ni mejoría respecto de la situación inicial, por haberse agotado las posibilidades terapéuticas. Se le confirmó entonces la radiculopatía L5 izquierda de grado muy severo.

Por esos motivos, sostiene que, como consecuencia de la falta de pericia exigible al cirujano que le operó el 5 de septiembre de 2022, ha sufrido un perjuicio real y objetivo, directamente causado por la disección y separación de la raíz del nervio en la L5 izquierda.

Añade que, debido a las secuelas que se le han provocado, su movilidad se ha visto muy alterada y ello le obliga a llevar un dispositivo ortopédico y a utilizar un andador, lo que le limita gravemente las actividades de la vida diaria.

En consecuencia, solicita que se le indemnice en la cuantía que proceda conforme a los criterios legales de aplicación.

Con la solicitud de resarcimiento adjunta diversos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 21 de septiembre de 2023, y al día siguiente se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA y a la Dirección del HM que remitan las copias de las historias clínicas del interesado de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que lo atendieron.

En este último caso, se le pide que precise si el interesado fue asistido por remisión del Servicio Murciano de Salud (SMS) y si el especialista que le operó es miembro de dicho Servicio público de Salud o de su propio personal. Además, se le advierte de que, si concurriese esa última circunstancia, debería considerarse parte interesada en el procedimiento e informar de lo sucedido a su compañía aseguradora.

Con fecha 22 de septiembre se informa de la presentación de la solicitud de indemnización a la correduría de seguros del SMS para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

TERCERO.- El 4 de octubre siguiente se recibe una comunicación de la responsable del Servicio de Atención al Usuario del HM, en la que expone que el reclamante fue asistido por un facultativo del SMS, por lo que se le deberá solicitar a él el informe demandado.

Con el escrito adjunta la copia de la historia clínica requerida.

CUARTO.- Con fecha 24 de noviembre de 2023 se recibe la copia de la documentación solicitada a la Dirección Gerencia del Área I de Salud-HUVA. Además, se advierte que se remiten por correo 9 discos compactos (CD) que contienen los resultados de las pruebas radiológicas que se le realizaron al interesado. Además, con la comunicación se acompañan dos informes médicos.

El primero, es el informe realizado el 9 de noviembre de 2023 por el Dr. D. Y, facultativo especialista del Servicio de Neurocirugía del HUVA, en el que expone lo siguiente:

“El paciente fue intervenido por nuestra parte en el Hospital de Molina el día 5 de septiembre de 2022 para la realización de una artrodesis tipo MIS TLIF L4-LS (de las siglas en inglés, Fusión Intersomática por vía Transforaminal, con técnica Mínimamente Invasiva) por una estenosis degenerativa del canal con inestabilidad segmentaria y deformidad en el plano sagital (o espondilolistesis). Durante la intervención observamos que el paciente presentaba un foramen de conjunción muy estrecho con una anatomía radicular peculiar con un trayecto de la misma muy vertical. Esto requirió una meticulosa preparación del abordaje transforaminal para dejar descomprimida la raíz en el foramen de conjunción y dejar expuesto del triángulo de Kambin, zona de entrada al disco para su resección y posterior colocación del injerto intersomático. En cirugía nos referimos a disección como a la exposición y liberación de los tejidos adyacentes de una determinada estructura. En este caso era especialmente importante la identificación, descompresión, disección y protección de la raíz nerviosa en el foramen dada la anatomía peculiar que nos encontramos. En ningún momento se produjo un daño anatómico sobre la raíz nerviosa, hecho que pudimos constatar mediante el uso para esta técnica del microscopio quirúrgico de última generación Tivato 700 de Zeiss. El paciente fue informado antes de la cirugía de los riesgos potenciales de este procedimiento, entre los que figura una radiculopatía postquirúrgica con déficit neurológico. Además de la información ofrecida completa y adecuada al nivel de entendimiento, el paciente firmó el consentimiento informado del SMS acerca del procedimiento y otro consentimiento informado más del propio centro concertado donde se realizó la intervención.

Este tipo de déficits neurológicos tras la técnica del TLIF se han descrito en 1,2-11% de las series publicadas (...). Entre las causas que se han propuesto en la literatura destacan el estiramiento de la raíz nerviosa que se produce con la reducción de la espondilolistesis o defecto del perfil sagital (...). También se ha descrito la isquemia como causa de la complicación. La isquemia o falta de aporte sanguíneo a la raíz se puede producir durante la intervención como consecuencia de episodios breves y poco significativos de hipotensión arterial propios de los procedimientos realizados bajo anestesia general (...). En pacientes con estenosis del canal y foraminal, como es el caso que nos ocupa, las raíces nerviosas están sometidas a una compresión extrínseca, un proceso inflamatorio crónico y un estado de hipoperfusión, lo que las hace vulnerables a lesiones importantes tras un procedimiento quirúrgico, aunque no se produzca un daño visible al microscopio (...).

En cuanto a la prescripción de profilaxis antitrombótica en el postoperatorio de este tipo de cirugía, no existen pautas definidas ni consensos de manejo por lo que debe individualizarse el riesgo/beneficio de esta prescripción en cada caso. En el caso que nos ocupa no se indicó el uso de profilaxis antitrombótica tras la cirugía por el riesgo de un hematoma epidural lumbar tras un procedimiento que precisa una resección amplia de la lámina, apófisis articulares, ligamento amarillo, disco intervertebral y platillos cartilaginosos. Además, se trata de un paciente sin factores de riesgo cardiovascular y con una movilización precoz indicada tras la cirugía, a pesar del déficit motor que afectaba a la flexión dorsal del pie. En una revisión retrospectiva de 119.888 pacientes con cirugías de columna vertebral publicada en 2021 encuentran un riesgo de complicaciones trombóticas del 2,45%, siendo el tromboembolismo pulmonar del 1,05%. Concluyen que no existe una base para el uso rutinario de la profilaxis antitrombótica en estos pacientes, especificando que aquellos con fibrilación auricular, cáncer o historia previa de complicaciones trombóticas podrían beneficiarse de esta indicación (...). En una revisión de la literatura publicada un año antes concluyen de la misma forma, haciendo énfasis en la necesidad de valorar el riesgo/beneficio en cada caso del uso de la profilaxis (...).

Con todo ello se puede concluir:

- 1. La técnica quirúrgica se realizó de forma correcta, adaptándose a las características particulares de la anatomía del paciente.*
- 2. La paresia grave del pie derivada de una radiculopatía grave postquirúrgica es una complicación conocida, explicada y que consta en los consentimientos informados firmados por el paciente.*
- 3. El manejo con respecto a la profilaxis antitrombótica se ajustó a las características del paciente y la técnica empleada, haciendo balance entre el riesgo y el beneficio de dicha actuación médica.*
- 4. La cirugía se llevó a cabo con los conocimientos teóricos, la experiencia, la habilidad y todos los medios técnicos necesarios”.*

El segundo informe es el elaborado el 23 de noviembre de 2023 por la Dra. D.^a Z, Jefa de Servicio de Rehabilitación del HUVA, que es del siguiente tenor literal:

“Paciente valorado por el servicio de rehabilitación por pie caído tras cirugía de columna el 5 de septiembre de 2022 en Hospital de Molina y trasladado posterior a este Hospital.

Es diagnosticado por exploración clínica y pruebas complementarias de lesión aguda de raíz L5. Fue atendido en planta durante su ingreso hospitalario y posteriormente en consulta de forma ambulatoria, con revisiones periódicas a lo largo de todo el proceso hasta comprobar estacionamiento del mismo. Es informado el paciente y se considera en fase de secuelas siendo alta por parte de Rehabilitación en mayo de 2023”.

QUINTO.- El 1 de diciembre de 2023 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección

Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

SEXTO.- El 8 de febrero de 2024 se recibe el informe pericial realizado conjuntamente, el día 2 de ese mes, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por dos especialistas en Neurocirugía. En ese documento se exponen las siguientes conclusiones:

“1. La indicación de la intervención quirúrgica realizada el día 05/09/2022 por parte del Servicio de Neurocirugía del Hospital de Molina fue adecuada, considerando los antecedentes, la clínica, exploración y los estudios de imagen de la paciente.

2. La técnica quirúrgica realizada, microdiscectomía L4-L5 y TLIF L4-L5, fue la correcta y habitual en este tipo de casos, transcurriendo el procedimiento sin incidencias reseñable

3. La evaluación clínica y los estudios diagnósticos solicitados en el tiempo postoperatorio, tanto de forma inmediata en el Hospital de Molina como en la atención urgente realizada por el Servicio de Neurocirugía el día 09/09/2022 fueron los adecuados, considerando los antecedentes del paciente, así como los protocolos de actuación referentes a estos casos.

4. La evaluación clínica y los estudios diagnósticos solicitados en el tiempo postoperatorio, tanto de forma inmediata en el Hospital de Molina como en la atención urgente realizada por el Servicio de Neurocirugía el día 09/09/2022 fueron los adecuados, considerando los antecedentes del paciente, así como los protocolos de actuación referentes a estos casos.

5. Tanto el seguimiento del paciente durante el ingreso del día 13/09/2022, como al alta hospitalaria por parte del Servicio de Neurocirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca, fue adecuado.

6. El paciente, mediante la firma del consentimiento informado, era conocedor de que la aparición de un déficit neurológico, en este caso radiculopatía L5 izquierda tras la intervención quirúrgica, se encontraba entre los riesgos posibles en el contexto de la intervención quirúrgica a la que fue sometido.

7. La anticoagulación postoperatoria en Neurocirugía debe ser individualizada en cada caso considerando el riesgo beneficio en los pacientes.

8. Una vez evaluados de forma exhaustiva los documentos médicos y quirúrgicos aportados, consideramos que todas las actuaciones médicas diagnósticas y terapéuticas han sido correctas, sin objetivarse mala praxis o evidencia contraria a la lex artis”.

Además, en el apartado 5 de ese informe se detalla que *“la Sociedad Española de Neurocirugía establece un riesgo de lesión radicular nueva, persistencia o agravamiento de la existente de entre el 0,5 y el 2%, la posibilidad de un síndrome de cauda equina (lesión radicular) de entre el 0,8% y el 1,9%, y un riesgo de complicaciones derivadas de la posición quirúrgica de < 1%, tras cirugía de hernia discal o instrumentación lumbar”*.

También se expone, con respecto al tratamiento contra la coagulación con heparina, que *“El paciente no contaba con antecedentes de riesgo de enfermedad tromboembólica mientras que el tipo de cirugía realizada en este caso presenta un riesgo de hematoma profundo de la herida de entre el 0,15%-0,20%, riesgo que aumentaría de forma significativa si el paciente refiere medicación anticoagulante”*.

SÉPTIMO.- El 13 de febrero de 2024 se envía una copia del informe médico-pericial a la Inspección Médica.

OCTAVO.- El 3 de mayo siguiente se concede audiencia al reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crea convenientes.

NOVENO.- El reclamante presenta el 23 de mayo de 2024 un escrito en el que se reitera y ratifica en las alegaciones que expuso en la solicitud inicial de resarcimiento y reclama la indemnización económica que, en Derecho le corresponde, conforme a las normas que sean de aplicación.

DÉCIMO.- Con fecha 29 de octubre de 2024 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos 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 un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 4 de noviembre de 2024, que se completa con la presentación de un CD dos días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región

de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada, que es quien sufre los daños físicos por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

De la lectura del expediente se deduce que la intervención en la que el interesado alega que se le causó un daño se practicó en el HM, que es un centro sanitario concertado, aunque por facultativos del SMS, motivo por el que hay que concluir que se trató de una asistencia prestada en el ámbito del sistema público de salud.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. 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.

En este supuesto, el reclamante fue intervenido el 5 de septiembre de 2022 pero no recibió el alta del Servicio de Rehabilitación del HUVVA hasta el 14 de mayo de 2023. Por ello, procede entender que la acción de resarcimiento se interpuso el 12 de septiembre de ese año dentro del plazo de un año establecido al efecto y, en consecuencia, de forma temporánea.

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 el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPAC.

Por último, 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 suficientes elementos de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que ha traído al procedimiento la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que el reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le permita sostener la realidad de sus imputaciones de mala praxis.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente, e individualizado con 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-, 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-Adm inistrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

I. Se ha adelantado que el interesado solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización, que no ha cuantificado, como consecuencia de la paresia grave del pie izquierdo (pie equino) que padece, derivada de la radiculopatía grave L5 que se le causó en el HM, en septiembre de 2022, cuando se le intervino para tratar de resolverle la estenosis del canal L4-L5 que padecía. Además, alega que ni en ese hospital ni el HUVA se le administró heparina cuando se le trató y que, por esa razón, el 13 de octubre siguiente sufrió un tromboembolismo pulmonar segmentario con baja carga trombótica.

No obstante, el reclamante no ha aportado algún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le permita sostener la realidad de las afirmaciones de mala praxis médica que realiza, a pesar de que constituye una carga que le corresponde, de conformidad con lo que se dispone en el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Por su parte, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento la historia clínica completa del reclamante y el informe del facultativo que le operó, el de la Jefe de Servicio de Rehabilitación del HUVA, así como el informe pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora del SMS (Antecedente Sexto de este Dictamen).

II. El análisis de dicha documentación clínica y, en particular, del informe pericial citado, permite destacar que el reclamante sufría una afectación radicular L5-S1 izquierda y que los resultados obtenidos mediante RMN mostraban cambios degenerativos de predominio en L2-L3 y L4-L5 con estenosis severa del canal central, como él mismo reconoce en la solicitud de resarcimiento.

Ante la existencia de dicho compromiso neurológico, se le practicó la cirugía señalada (microdissectomía L4-L5 y TLIF L4-L5) para preservar la función del sistema nervioso a ese nivel. Pese a ello, el interesado sufrió una radiculopatía L5 izquierda de tipo desmielinizante sin pérdida axonal asociada. Se debe resaltar, no obstante, que esa circunstancia adversa no supone que se hubiera incurrido en mala praxis o que se hubiese actuado con infracción de la *lex artis ad hoc* (Conclusión 8ª).

Lejos de ello, como se expone en el informe citado, el riesgo de que esa lesión se produzca en esos casos se puede fijar entre el 0,5 y el 2%, y la posibilidad de un síndrome de cauda equina (lesión radicular) entre el 0,8% y el 1,9% de los casos.

Por tanto, la aparición de nuevas alteraciones o déficits neurológicos durante el postoperatorio inmediato constituye la materialización de un riesgo posible y descrito en el documento de consentimiento informado que firmó el reclamante, que no obedece a mala praxis, y que asumió como propio (Conclusión 6ª).

De otra parte, tampoco se advierte que se incurriera en mala praxis por no haberle administrado heparina al reclamante, en el HM o en el HUVA, para tratar de evitar la formación de coágulos de sangre, puesto que no presentaba antecedentes de riesgo de enfermedad tromboembólica. Por el contrario, el tipo de cirugía realizada en este caso presenta un riesgo de hematoma profundo de la herida de entre el 0,15% y el 0,20%, riesgo que aumentaría de forma significativa si al paciente se le hubiese administrado medicación anticoagulante.

En consecuencia, se puede concluir que, aunque el daño físico es real y se ha acreditado debidamente, no resulta antijurídico. Así pues, debido a esa ausencia de antijuridicidad, el reclamante está obligado legalmente a soportarlo, razón por lo que procede desestimar la solicitud de indemnización planteada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, porque no se ha acreditado convenientemente el carácter antijurídico de los daños por los que se solicita un resarcimiento.

No obstante, V.E. resolverá.