

Expediente Núm. 22/2008
Dictamen Núm. 54/2009

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Jiménez Blanco, Pilar
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de mayo de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 25 de enero de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por lo que considera una defectuosa asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de junio de 2007, tiene entrada en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la representante de los interesados (en adelante representante), por las consecuencias dañosas derivadas de lo que estima una defectuosa intervención quirúrgica realizada en el Hospital “X” a su representada y por los daños morales sufridos por el cónyuge de ésta.

Inicia el relato de lo sucedido señalando que su mandante presentaba un cuadro de lumbociática derecha de meses de evolución que no mejoraba pese a los tratamientos pautados y por ello fue remitida, a finales del año 2005, al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "Y" y propuesta para cirugía de columna lumbar. El día 17 de enero de 2006 se procede a realizar artrodesis en el "X".

Refiere que durante el posoperatorio inmediato su representada presenta clínica neurológica con paraparesia de miembros inferiores con predominio izquierdo y afectación de esfínteres, y que una resonancia magnética, realizada el día 20 de enero, detecta un hematoma en la zona de la cirugía. Paralelamente, es valorada por el Servicio de Hematología que pauta tratamiento para corregir cifras de hemoglobina.

Continúa exponiendo que el día 31 de enero de 2006, "bajo anestesia general, se procedió a realizar limpieza más drenaje del hematoma y revisión de las raíces". Con fecha 9 de febrero de 2006 es dada de alta en el Servicio de Traumatología y trasladada al Servicio de Rehabilitación del mismo centro hospitalario, para tratamiento del déficit neurológico. En dicho Servicio permanece ingresada hasta el día 26 de mayo, en que es dada de alta por mejoría, con las siguientes secuelas: paraparesia por lesión de cola de caballo, vejiga neurógena, intestino neurógeno y dolor neuropático. Desde el alta está siendo atendida por los Servicios de Rehabilitación del Hospital "Y" y del "X".

Asimismo, manifiesta que "no se cumplió (...) el deber de información suficiente e individualizado" que pesaba sobre el Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) para que la paciente "pudiera formar adecuadamente su voluntad de consentir el acto quirúrgico a realizar".

Sobre los daños, alega que la paraparesia que padece le supone además un importante perjuicio estético; que permaneció de baja por incapacidad temporal desde el día 15 de enero de 2006 hasta su declaración de incapacidad permanente en grado de gran invalidez por Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 12 de diciembre de 2006, con efectos económicos desde

el día 29 de septiembre, y que la Consejería de Vivienda y Bienestar Social le reconoció, con fecha 9 de enero de 2007, una minusvalía del 72%.

Añade que su representada convive con su esposo, el cual es acreedor de una incapacidad permanente absoluta y está a tratamiento psiquiátrico en el Centro de Salud Mental, y que ambos se ven en la necesidad de cambiar su vivienda habitual por otra, adecuada a las necesidades derivadas de las limitaciones que presenta la esposa, y que la incapacidad sobrevenida de ésta le impide conducir su vehículo con normalidad, como hacía antes.

Solicita, en concepto de indemnización, la cantidad de seiscientos sesenta mil euros (660.000 €), de los cuales sesenta mil (60.000) tienen por objeto indemnizar los perjuicios morales del esposo.

Al escrito de reclamación acompaña una copia de la escritura notarial de apoderamiento procesal, otorgada por ambos esposos a favor de la representante.

2. Mediante escrito de 14 de junio de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del "X" la remisión de una copia de la historia clínica de la paciente, así como un informe actualizado del Servicio implicado.

3. El día 18 de junio de 2007, el Secretario General del "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la paciente. Ésta se compone, entre otros documentos, de: a) Informe de consultas externas de Traumatología, de fecha 13 de junio de 2005, en el que, tras describir los resultados de la radiografía y la resonancia magnética practicadas a la paciente, se anota "hago preingreso para artrodesis L3-L5" y solicitud de inclusión en lista de espera quirúrgica firmada por la paciente en esa misma fecha. b) Hoja de exoneración de responsabilidades y documento de negativa a recibir transfusiones de sangre o componentes sanguíneos, firmados por la reclamante el día 13 de junio de 2005. c) Consentimiento informado para administración de eritropoyetina (en

adelante EPO), “cuya finalidad es estimular la producción y maduración de glóbulos rojos en la médula ósea, con el fin de mejorar la anemia y evitar transfusiones de (...) otros individuos”. d) Hojas de enfermería de valoración de la paciente al ingreso, de observaciones e informe al alta en el que se lee que “presentó un absceso de la herida (...) post-intervención, que precisó curas locales y retrasó la cicatrización, en la actualidad resuelto”, y que, “durante el ingreso tuvo infecciones de orina de repetición, que se resolvieron con tratamiento médico”. e) Consentimiento informado para instrumentación de columna y artrodesis vertebral, firmado por la interesada el día 15 de enero de 2006, en el que constan como “riesgos típicos (...) secuelas neurológicas, que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico (...). Hematomas”, entre otros muchos, y añade que “cualquiera de estas complicaciones puede requerir tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador y, en algunas ocasiones, puede ser necesaria una segunda intervención”. f) Hoja de intervención quirúrgica, de 17 de enero de 2006, en la que se afirma que ha sido una cirugía limpia, que se practica según la técnica habitual y, tras la descripción del proceso, que el mismo está “bajo control”. g) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico I, de fecha 25 de enero de 2006, en el que consta el resultado de la RM practicada, llamando la “atención (...) la existencia de una lesión posterior que muestra intensidades mixtas (...), con centros de hiperintensidad, que pueden estar en relación con la presencia de un hematoma”. h) Informe de Neurofisiología Clínica, de 30 de enero de 2006, en el que se refleja como sospecha clínica “paciente intervenida (...), actualmente déficit neurológico” y como diagnóstico principal “radiculopatía lumbosacra”. i) Resultados de Radiología, Gastroscopia, análisis de sangre y estudio urodinámico practicados a la paciente. j) Informes de valoración preanestésica, de fecha 1 de diciembre de 2005 y 30 de enero de 2006, en los que se recoge que la paciente no admite sangre. k) Autorización para “drenaje” y “limpieza hematoma lumbar”, firmada por la paciente el 30 de enero de 2006. l) Consentimientos informados para anestesia general, firmados

el 1 de diciembre de 2005 y el 30 de enero de 2006, en los que se anotan, como riesgos personalizados de la reclamante, hipertensión arterial, varices e insuficiencia venosa profunda en la primera, y que no admite transfusiones de sangre, en ambas. m) Hoja de intervención quirúrgica, de 31 de enero de 2006, en la que figura como intervención practicada "limpieza + drenaje hematoma + revisión raíces". n) Hojas de curso clínico de la paciente durante el tiempo que permaneció ingresada, en las que destaca que el día 15 de enero firma el consentimiento; el día 18, refiere molestias en miembros inferiores; el día 19 se solicita resonancia magnética, pues presenta dificultad para la movilidad del pie izquierdo, avisan a Hematología y piden valoración al "Banco de Sangre", programándose tratamiento con hierro y EPO; el día 21 se refleja el resultado del hemograma y avisan a Hematología de guardia"; el día 22 solicitan otro hemograma urgente y se aprecia que ha subido la hemoglobina a 7,5; el día 23 "ha aumentado la clínica neurológica", se pide RNM urgente y nuevo hemograma al Banco de Sangre; los días sucesivos la paciente se queja, pues nota parestesias; el día 30 se anota que "la van a reintervenir por clínica neurológica". El viernes tenía de hemoglobina 8,7"; el día 31 que precisa hemoglobina superior a 10 para cirugía, siendo hoy cuando la ha superado. Se "informa a la enferma de la necesidad de la cirugía, aceptándola. Entrego consentimiento" y que ese mismo día es intervenida y el día 1 de febrero "mejoría neurológica. Inicia movilidad dedos pie derecho". ñ) Informe de alta del Servicio de Traumatología, de 9 de febrero de 2006, en el que consta que ha estado ingresada desde el día 15 de enero de ese mismo año, realizándole artrodesis L4-L5 y artrodesis posterior L3-L4. Durante el ingreso "fue valorada por el Servicio de Hematología que pautó tratamiento para corregir cifras de hemoglobina". El día 31 de enero "se procedió a realizar limpieza más drenaje de hematoma, más revisión de raíces (...). Se traslada al Servicio de Rehabilitación para continuar tratamiento del déficit neurológico". o) Informe de alta del Servicio de Rehabilitación, de 26 de mayo de 2006, donde realizó tratamiento entre los días 10 de febrero y 26 de mayo, periodo durante el cual

sufrió numerosas infecciones de orina que fueron tratadas según antibiograma y precisó tratamiento con EPO en Hematología, y en el que figura como diagnóstico principal: paraparesia por lesión de cola de caballo, vejiga neurógena, intestino neurógeno y dolor neuropático. p) Informe clínico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de 12 de julio de 2006, en el que consta que “no precisa (...) rehabilitación”.

4. Con fecha 19 de junio de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias notifica a la representante la fecha de recepción de la reclamación en el referido Servicio y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará. Asimismo, le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud”.

5. El día 20 de junio de 2007, el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología I emite un informe en el que afirma que la actuación médica y quirúrgica llevada a efecto ha sido correcta en todo momento. El informe del médico responsable del proceso asistencial de la interesada, perteneciente al Servicio señalado, de fecha 26 de junio de 2007, relata que la paciente refiere dolor lumbar crónico irradiado a miembro inferior derecho, que se hace valoración clínica, se le explican las alternativas quirúrgicas y se solicita valoración al Banco de Sangre para incrementar la cifra de hemoglobina prequirúrgica. Expone que el día 17 de enero de 2006 la paciente está en condiciones para la cirugía y, previa firma de los consentimientos informados de Anestesia y Cirugía Ortopédica, “tras ser informada de los riesgos que dicha intervención puede acarrear”, ese mismo día se la interviene, realizándose la operación según la técnica habitual. Añade que no hubo “incidencias reseñables adversas durante el acto quirúrgico” y que es en el posoperatorio cuando la paciente “comienza con (...) hormigueos (...) y pérdida de flexión dorsoplantar,

pautándose corticoterapia./ A las 48 h, dada la progresión del cuadro clínico se solicita R. magnética urgente que informa de la existencia de hematoma (...). Ante dicha complicación se comenta a la paciente la urgencia de reintervención quirúrgica (...), pero se niega a aceptar transfusión de sangre”, así pues, con los bajos niveles de hemoglobina y hematocrito que presenta, “la cirugía tiene que demorarse hasta el 31 de enero”. En la intervención de ese día se comprueba la existencia de un hematoma que comprime el saco dural y, tras su retirada, se procede al lavado del lecho quirúrgico, se toma cultivo y se cierra. La evolución de la herida quirúrgica es favorable, siendo dada de alta el día 9 de febrero de 2006 y trasladada al Servicio de Rehabilitación para continuar tratamiento de sus secuelas neurológicas.

6. Con fecha 3 de julio de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación, en el que, tras una descripción de los hechos, hace una valoración en la que afirma que la paciente, de 58 años de edad, es sometida a una intervención de artrodesis, tras el diagnóstico de hernia discal lumbar L3-L4 y pseudoespondilolistesis L4-L5. En el posoperatorio aparece un hematoma que comprime sobre el canal raquídeo, produciendo clínica neurológica. El diagnóstico definitivo del hematoma se hace el 25 de enero, no pudiendo ser operada hasta el día 31, por la anemia que presenta y porque su negativa a recibir transfusiones sanguíneas obliga a que sea tratada con terapias alternativas. Señala, respecto al incumplimiento del deber de información que alegan los reclamantes, que la paciente fue informada por el Servicio de Anestesia y por el de Hematología, tanto de los riesgos de la anestesia como de los derivados del rechazo a las transfusiones sanguíneas, y que el Servicio de Traumatología le informó sobre las alternativas terapéuticas y los riesgos de la intervención de columna y artrodesis vertebral, firmando el consentimiento informado el día 15 de enero de 2006 -lo cual también se recoge en las hojas de curso clínico correspondientes al citado día-, y que entre los riesgos típicos

descritos se encuentran la posible aparición de hematomas y las secuelas neurológicas, que pueden ser irreversibles. Finaliza afirmando que no ha habido actuación médica contraria a la *lex artis*.

7. Con fecha 4 de julio de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA y de todo el expediente a la correduría de seguros.

8. Con fecha 10 de septiembre de 2007, una asesoría privada, a instancias de la entidad aseguradora, emite informe suscrito por tres especialistas, uno en Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, otro en Traumatología y Cirugía Ortopédica y el tercero en Traumatología y Ortopedia. En él, una vez descritos los hechos, analizan la patología que presenta la paciente y el tratamiento quirúrgico al que es sometida, afirmando que "existe una gran proporción de pacientes que precisan de una reoperación" e incluyen una tabla de valoración de resultados y de complicaciones posoperatorias descritas en la literatura médica y vinculadas directamente a la artrodesis, como son, el hematoma epidural o el síndrome de cola de caballo. Consideran que el hematoma como complicación que causa un nuevo déficit neurológico se da en muy raras ocasiones y refieren que se sospecha de dicha complicación cuando en las primeras horas de posoperatorio reaparece el dolor radicular o parestesias. Ante la aparición de dichos síntomas, se debe estudiar rápidamente al paciente con RNM para confirmar el diagnóstico y reintervenirlo de urgencia, ya que de esa manera la posibilidad de recuperación sin secuelas es muy alta. Señalan que en este caso se indicó tratamiento quirúrgico, que la paciente acepta; que la cirugía era necesaria, pues el tratamiento conservador había fracasado, y que el acto quirúrgico, previa firma de los documentos de consentimiento informado correspondientes, se lleva a cabo sin incidentes desde el punto de vista técnico. Que debido a los síntomas que surgen en el posoperatorio es necesaria una

reintervención que, aunque urgente, dado el cuadro anémico que presenta la paciente, que precisa ser corregido y no puede serlo con la transfusión oportuna, sino con terapias alternativas menos eficaces, pues la reclamante rechaza aquélla por sus creencias religiosas, debe ser demorada, por lo que dicho retraso en el tratamiento no puede ser imputado a los profesionales sanitarios. Concluyen que la complicación surgida “ha supuesto la materialización de varios de los riesgos del procedimiento que, aunque infrecuentes, están profusamente documentados en la literatura científica”.

9. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado a la representante el día 18 de octubre de 2007, ese mismo día comparece ésta en las dependencias administrativas y se le hace entrega de una copia del expediente, compuesto en ese momento por ciento noventa y cinco (195) folios, según consta en la diligencia extendida al efecto.

10. Con fecha 8 de enero de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella se afirma, respecto a la cirugía inicial, que el Servicio de Traumatología informó a la paciente de las alternativas terapéuticas y de los riesgos de la intervención. En cuanto al posoperatorio, señala que aparece un hematoma que produce clínica neurológica, cuyo diagnóstico se hace el 25 de enero de 2006, pero que no puede ser operada hasta el día 31, a pesar de comunicarle la urgencia de la intervención, ya que se niega a aceptar transfusión de sangre, por lo que resulta necesario esperar hasta que remonte de su anemia. Por último, considera que la actuación de los profesionales sanitarios, tanto en la intervención como en el posoperatorio, ha sido correcta y conforme a la *lex artis*.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de enero de 2008, registrado de entrada el día 1 de febrero de 2008, V. E. solicita al Consejo

Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, 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 el supuesto que examinamos, la reclamación se presenta con fecha 7 de junio de 2007 y, si bien la intervención quirúrgica de la cual derivan las lesiones que la motivan tuvo lugar el 17 de enero de 2006, siendo reintervenida el día 31 del mismo mes, consta en el expediente que la perjudicada ha estado realizando tratamiento rehabilitador desde el 10 de febrero hasta el 26 de mayo de 2006 y que acude a revisión el día 12 de julio de 2006, fecha en la que el informe clínico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación especifica que "no precisa tratamiento de rehabilitación"; será por tanto esta última fecha la que consideremos como *dies a quo* para el cómputo del plazo señalado, pues es entonces cuando están estabilizadas y son definitivas las lesiones que presenta, por lo que hemos de entender que se ha ejercido el derecho de reclamación dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a la reclamante, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42 de la LRJPAC, incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como indica el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, “desde que se inició el procedimiento”. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se ha de contar desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser

efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración una reclamación de daños y perjuicios formulada como consecuencia de la atención sanitaria prestada a la interesada, que es remitida al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital “Y”, donde se le prescribe tratamiento quirúrgico, consistente en

artrodesis de columna lumbar, que se lleva a cabo en fecha 17 de enero de 2006 en el "X".

Debido a los síntomas que presenta en el posoperatorio, es necesaria una reintervención que se practica el día 31 del mismo mes. El 9 de febrero de 2006 es alta en dicho Servicio, siendo trasladada para tratamiento al Servicio de Rehabilitación, en el que permanece ingresada hasta el día 26 de mayo de ese mismo año, fecha en la que es dada de alta con las siguientes secuelas: paraparesia por lesión de cola de caballo, vejiga neurógena, intestino neurógeno y dolor neuropático.

Si bien no se ha acreditado la realidad de los daños morales eventualmente padecidos por el esposo de la interesada como consecuencia de los sufridos por ésta, ni tampoco la concurrencia de los daños materiales aducidos, sí nos consta la certeza y realidad de los daños físicos de la reclamante, que han quedado probados con los distintos informes médicos que obran en el expediente, y en concreto con el informe de alta emitido por el Servicio de Rehabilitación el día 26 de mayo 2006. Ahora bien, la mera existencia de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica surgidos en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de demostrarse que aquéllos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio y que son antijurídicos.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia,

responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

En el presente caso, de lo actuado en el procedimiento se deduce que la interesada presentaba un cuadro de lumbociática que no mejoraba pese a los tratamientos conservadores pautados, como ella misma manifiesta en el escrito de reclamación y es puesto de relieve en los informes obrantes en el expediente, por lo que se hace una valoración clínica de su caso y, tras explicarle las alternativas terapéuticas, como afirma el médico responsable del seguimiento de la paciente que pertenece al Servicio de Traumatología, en el informe emitido en fecha 26 de junio de 2007, y previa firma de los consentimientos informados de Anestesia y de Cirugía Ortopédica, es intervenida el día 17 de enero de 2006, en un acto quirúrgico llevado a cabo según la técnica habitual y en el que no hay incidencias reseñables.

La reclamante presenta en el posoperatorio inmediato molestias en miembros inferiores, consistentes en hormigueo y pérdida de flexión en un pie, pautándole corticoterapia y, ante la mala evolución, se practica RNM, que informa de la existencia de un hematoma.

El informe de la asesoría privada emitido por tres especialistas señala que el protocolo a seguir en estos casos es reintervenir al paciente de urgencia.

En el supuesto que analizamos se puso en conocimiento de la interesada tanto la necesidad como la urgencia de la intervención. Sin embargo, la anemia que presentaba la paciente, y que debía ser corregida antes de la operación, no pudo paliarse inmediatamente, pues por sus creencias, rechazó las transfusiones y hubo de ser tratada con terapias alternativas, mucho menos eficaces, que, a pesar de la celeridad en administrarle EPO humana para estimular la producción de glóbulos rojos y evitar transfusiones de otros individuos, y del seguimiento exhaustivo de los niveles de hemoglobina en sangre, impidieron que éstos fueran óptimos para reintervenir hasta el día 31 de enero de 2006; fecha en la que, previa firma de los consentimientos informados, se practica la limpieza y el drenaje del hematoma.

Se deduce pues, de los informes aportados por la Administración que obran en el expediente y que no han sido desvirtuados por ningún otro, que la asistencia sanitaria prestada a la interesada se desarrolló con arreglo a la *lex artis*; que la paciente se sometió bajo su consentimiento a una intervención quirúrgica que era la indicada para la enfermedad que padecía y que, además, era necesaria, porque el tratamiento conservador había fracasado; que el acto quirúrgico se lleva a cabo sin incidencias desde el punto de vista técnico y que la aparición de un hematoma constituye un riesgo o complicación propio de la intervención practicada, junto con las lesiones neurológicas y otras de las que específicamente había sido informada, así como de la posibilidad de que algunas de ellas pudieran requerir una segunda intervención quirúrgica. Los efectos de dicha complicación podían haber sido minimizados con una reintervención practicada de urgencia; sin embargo, y a pesar de la rapidez con la que actuaron los profesionales sanitarios intervinientes en el proceso ante los primeros síntomas, ésta hubo de ser demorada, por cuanto la paciente presentaba anemia y no aceptaba transfusiones de sangre para corregirla. Posteriormente, fue remitida al Servicio de Rehabilitación del mismo centro hospitalario para continuar con el tratamiento de sus secuelas neurológicas, permaneciendo tres meses y medio más ingresada, realizando rehabilitación;

tiempo durante el cual se presentaron complicaciones, como las infecciones de orina de repetición, que son diagnosticadas y tratadas, recuperando fuerza parcialmente en miembros inferiores al final del tratamiento.

Por otra parte, en el escrito de reclamación se aduce que “no se cumplió (...) el deber de información suficiente e individualizada que pesaba sobre los servicios médicos del SESPA para que (la interesada) pudiera formar adecuadamente su voluntad de consentir el acto quirúrgico a realizar”. Esta concluyente afirmación, huérfana de soporte o razonamiento que permita comprender su fundamento, carece de apoyo documental y se ve contradicha por los hechos que figuran acreditados.

Los documentos e informes médicos que obran en el expediente evidencian que la reclamante conocía el alcance y los riesgos de la intervención quirúrgica a la que sería sometida, pues a la explicación antes señalada se suma que había firmado la autorización para la solicitud de inclusión en lista de espera quirúrgica para artrodesis en fecha 13 de junio de 2005, y que el día 15 de enero de 2006, dos días antes de ser intervenida, suscribe el consentimiento informado específico para instrumentación de columna y artrodesis vertebral. En éste constan como “riesgos típicos” las “secuelas neurológicas, que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico” y los “hematomas”, entre otros muchos, y añade que “cualquiera de estas complicaciones puede requerir tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador y, en algunas ocasiones, puede ser necesaria una segunda intervención”. Dichas complicaciones se encuentran, asimismo, perfectamente descritas en la literatura médica, como se desprende de los informes obrantes en el expediente, y entre ellas destaca el síndrome de cola de caballo, que figura también entre las contenidas en la tabla recogida en el informe emitido por una asesoría privada a instancias de la compañía aseguradora.

Por tanto, no hay duda de que mediante la firma del protocolo de consentimiento informado la interesada manifestó considerar comprensible y

suficiente la información ofrecida y tener un conocimiento cierto de que la intervención presentaba riesgos y dificultades expresamente descritos en él, aceptando asumirlos y soportarlos.

En consecuencia, estimamos que las secuelas neurológicas padecidas por la reclamante constituyen una complicación asociada al procedimiento quirúrgico lumbar, y que no traen causa de una mala praxis, sin que resulten imputables jurídicamente al servicio público sanitario, no concurriendo en el daño alegado la nota de antijuridicidad, pues se trata de un riesgo típico que, siendo más o menos frecuente, no ha podido ser evitado.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.