

Dictamen Núm. 19/2025

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de febrero de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 21 de noviembre de 2024 -registrada de entrada el día 26 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios por el deficiente seguimiento de una complicación quirúrgica de la que no habría sido informado.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de abril de 2024, el interesado presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por el deficiente seguimiento de una complicación quirúrgica de la que no habría sido informado.

Refiere que el día 13 de febrero de 2022 ingresó en el Hospital “X” para ser sometido a una intervención programada de resección transuretral de próstata, que tiene lugar el día siguiente. Según puede leerse en el informe de alta hospitalaria de 18 de febrero, “el postoperatorio evoluciona favorablemente

desde el punto de vista urológico (...). Sin embargo, el paciente experimenta cuadro de cefalea y mareos al intentar incorporarse acompañado de hipertensión, se consulta a MI para estudio y estos a su vez a Neurología y Oftalmología, concluyendo finalmente que el cuadro es debido a hipotensión licuoral como complicación de anestesia epidural”.

Señala que unos días antes de la intervención, el 10 de febrero, había firmado un consentimiento informado para procedimientos anestésicos proporcionado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación, al que reprocha que no le informara “de un posible riesgo de punción accidental en la duramadre, pérdida de líquido cefalorraquídeo, ni de un posible riesgo de sufrir un síndrome de hipotensión licuoral; pese a ser riesgos típicos reconocidos por la Sociedad Española de Anestesiología”.

Tras dejar constancia de la evolución posterior de la complicación, refiere su decisión de solicitar, “dado el tiempo transcurrido”, una “RMN cráneo-medular” que, subraya, no se le realizaría “hasta el 12 de abril de 2023, esto es, casi un año después de haber sido solicitada por el neurólogo”.

Tras dos nuevas consultas, primero en el Servicio de Otorrinolaringología en octubre de 2022 y posteriormente en el Servicio de Salud Mental en febrero de 2023, acude de nuevo al Servicio de Neurología el día 24 de abril de 2023, para la realización el día 12 de ese mismo mes de la RNM solicitada por este mismo Servicio el 16 de junio del año anterior. En esta consulta, con la impresión diagnóstica de “síndrome de hipotensión licuoral tras anestesia licuoral./ Probable cefalea tensional./ Protusión discal L5-S1 con afectación foraminal”, el facultativo responsable traza el plan “ensayo Tryptizol 25 para la cefalea tensional: medio sp dos semanas y posteriormente un cp hasta revisión./ Hablaré con Radiología a ver si es posible realizar mielografía. Como alternativa cisternogammagrafía” en el Hospital “Y” “para tratar de localizar fuga de LCR. Si no se encuentra plantear parche hemático epidural./ Me pondré en contacto para comunicar prueba a realizar”.

Siguiendo dicho plan, en el mes de junio de 2023 se realiza una cisternogammagrafía, cuyos resultados son analizados por el Servicio de

Neurología el 4 de julio de 2023, anotando el facultativo actuante que “probablemente al inicio del cuadro clínico presentó un síndrome de hipotensión licuoral tras la anestesia epidural que se ha ido resolviendo espontáneamente. Se han realizado RMN cráneo-medular y cisternogammagrafía que descartan lesiones cerebrales estructurales y fuga de LCR. Posteriormente ha ido apareciendo un componente de cefalea tensional en probable relación con ansiedad reactiva a su patología médica y su situación laboral, que estamos tratando con mejoría lenta”. La impresión diagnóstica es “síndrome de hipotensión licuoral tras anestesia epidural resuelto. Descartada fuga de LCR./ Cefalea tensional”. En una nueva consulta el día 13 de septiembre de 2023 se anota “evolución: similar”.

Asimismo, el reclamante consigna los resultados de una revisión en el Servicio de Salud Mental el día 16 de noviembre de 2023, en la que figura que el paciente “atribuye todo a los cambios sufridos a una cefalea crónica posterior a punción lumbar para anestesia regional (...). No ideación ni intencionalidad suicida. Juicio de realidad y capacidad volitiva conservados (...), sigue sin objetivarse patología psiquiátrica”.

Expone seguidamente que el día 28 de diciembre de 2023 vuelve al Servicio de Otorrinolaringología, donde con una impresión diagnóstica de “inestabilidad/desequilibrio persistente, acufenos persistentes, cefalea holocraneal con clínica vestibular en relación con síndrome de hipotensión licuoral”, se decide su remisión a la Unidad de Otoneurología del Hospital “Y” “para valoración de estudio de posturografía dinámica, a fin de dilucidar patrón de equilibrio”.

El día 14 de febrero de 2024, tras una nueva consulta en el Servicio de Neurología, se anota: “varón de 58 años que tras una anestesia epidural en febrero de 2022 comenzó con un cuadro clínico sugestivo de hipotensión licuoral (cefalea ortostática, mareos, acufenos, etc.). La evolución inicial fue tórpida con empeoramiento a pesar de tratamiento conservador. Se ha realizado estudio de todo el neuroeje y cisternogammagrafía que descarta fugas de LCR y hallazgos indirectos que lo sugieran. No obstante, resaltar que

se hicieron más de un año después de la intervención y que la sospecha sigue siendo la misma, presentando una serie de secuelas, a lo que se añade una cefalea de perfil tensional, que le dificultan y le limitan de forma considerable su calidad de vida”.

Finalmente, tras serle realizada el día 29 de enero de 2024 en la citada Unidad de Otoneurología un “estudio de posturografía dinámica, a fin de dilucidar patrón de equilibrio”, el día 11 de marzo de 2024 recibe el alta con el siguiente diagnóstico principal: “exploración vestibular periférica dentro de la normalidad (...). Alteración del equilibrio secundaria a síndrome de hipotensión licuoral tras anestesia epidural”, a lo que se añade como “otros diagnósticos: síndrome de hipotensión licuoral tras anestesia epidural en febrero de 2022./ Cefalea de perfil tensional”.

Declara que ha tenido, desde la intervención quirúrgica, “unos síntomas clarísimos de sufrir síndrome de hipotensión licuoral”, y razona que “se podría aceptar a efectos dialécticos (...) como un riesgo típico de dicha intervención o, mejor dicho, como un riesgo típico de la anestesia epidural que se le practicó”, pero, subraya, “lo que no se puede aceptar, en ningún caso, es la mala praxis conforme a la *lex artis ad hoc* en lo que respecta al seguimiento y control postoperatorio, ya que (...) no se actuó con la debida diligencia en la prevención de las complicaciones que una disminución del volumen del líquido cefalorraquídeo (LCR) podría originar y de las graves secuelas que (...) le podían quedar”. Añade que “mucho más importante que las pruebas y múltiples derivaciones a los diferentes Servicios, lo que la *lex artis ad hoc* exigía era que se hubieran realizado en unos tiempos cortos y prudentiales”.

Asegura que “ha sufrido un calvario durante estos 2 años en los que además no ha podido desarrollar una vida laboral ni personal debido a sus graves padecimientos. De hecho, fue despedido de su trabajo (...) por bajo rendimiento debido precisamente a estas dolencias. En la actualidad, las lesiones que padece (...) son en gran medida crónicas e irreversibles, pues además el cuadro de síndrome de hipotensión licuoral, le produce una

importante merma psico-social que afecta gravemente a su calidad de vida, así como la de las personas que lo rodean”.

Solicita una indemnización de ciento siete mil novecientos noventa euros con cincuenta y ocho céntimos (107.990,58 €) que desglosa en los siguientes conceptos y cantidades: por 505 días de perjuicio personal moderado, 32.446,25 €; por 20 puntos de secuelas, 32.302,32 € y por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida moderado, 43.242,01 €.

2. Mediante oficio de 7 de mayo de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento de instructor, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará el mismo y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 31 de mayo de 2024, la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica del paciente, y los informes del Servicio de Anestesiología y Reanimación, y de la Sección de Neurología del Hospital “X”.

El Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación, en su informe de 23 de mayo de 2024, refiere que “el día 10-02-2022 tiene lugar la consulta de Anestesiología donde se realiza la valoración preoperatoria y firma del consentimiento informado para procedimientos anestésicos./ El día 14-02-2022 se lleva a cabo la intervención quirúrgica de resección transuretral de próstata (...) bajo anestesia intradural, también llamada subaracnoidea o raquianestesia, que transcurre sin incidencias, pasando a la Unidad de Recuperación Postanestésica (...) donde tras aproximadamente 2 horas es dado de alta a planta sin dolor y (...) sin incidencias./ La intervención no se realizó con epidural como se recoge en distintos puntos del escrito. La anestesia intradural es la técnica anestésica de elección y habitual en la (resección transuretral de próstata), ya que permite detectar con rapidez una posible perforación vesical.

La realización de una anestesia epidural es excepcional, si bien no está contraindicada./ En la anestesia intradural la perforación de la duramadre no es accidental, sino intencionada e inherente al procedimiento, pues el anestésico local se pone en contacto con el líquido cefalorraquídeo para realizar su efecto anestésico. No así en la anestesia epidural donde sí sería accidental la punción de la duramadre./ La cefalea postpunción de la duramadre (...) es una complicación habitual en ambas técnicas anestésicas, y así está recogido en el consentimiento informado que firmó el paciente (...). Si bien la incidencia (1 % en la intradural frente a un 60-80 % en punción accidental de duramadre en epidural) y la gravedad es mucho mayor en la epidural frente la intradural./ En ningún momento consta en la historia clínica que se consultara o comentase el caso al Servicio de Anestesiología para su valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente”.

Adjunta los siguientes documentos: formulario Anestesiología, consentimiento informado para procedimientos anestésicos, gráfica de anestesia de la intervención y un formulario para “técnica espinal”.

Por su parte, el Jefe de la Sección de Neurología emite el 24 de mayo de 2024 el siguiente informe: “1. La primera valoración neurológica del paciente se efectuó durante su ingreso hospitalario con fecha 17-02-2022. El diagnóstico fue de cefalea ortostática como probable complicación de anestesia epidural. En nueva valoración efectuada el 18-02-2022 ya se constataba una clara mejoría clínica. Posteriormente, con fecha 16-06-2022 es atendido en consultas externas refiriendo cefalea que presentaba ciertas características ortostáticas. En siguientes visitas (24-04-2023, 05-06-2023, 13-09-2023, 14-02-2024) el cuadro predominante era el de una cefalea crónica de características tensionales y en julio de 2023 se dio por resuelto el síndrome de hipotensión licuoral./ 2. En las sucesivas valoraciones neurológicas realizadas no se constataron alteraciones en la exploración neurológica./ 3. La RM craneal realizada con fecha 12-04-2023 no evidenció alteraciones significativas descartándose hallazgos típicos del síndrome de hipotensión licuoral (realce paquimengíneo, colecciones subdurales, signos de distensión venosa, trombosis

venosa cerebral, etc.)/. 4. La cisternografía isotópica practicada con fecha 20-06-2023 no demostró evidencia de fuga de LCR (como sería esperable en el cuadro de hipotensión secundario)./ 5. La exploración vestibular periférica realizada por el Servicio de ORL fue normal/. A la vista de toda la información recogida, podemos concluir que: El paciente sí presentó un cuadro clínico compatible con un síndrome de hipotensión licuoral secundario a anestesia epidural. A reseñar que generalmente es un cuadro autolimitado en días-semanas y de naturaleza benigna./ La cefalea crónica persistente que el paciente refiere presenta características tensionales. Dado el tiempo transcurrido desde el procedimiento anestésico, así como la ausencia de hallazgos en los estudios complementarios realizados, se descarta razonablemente que en la actualidad presente hipotensión licuoral y ésta sea la causa de la cefalea./ El cuadro de mareo e inestabilidad persistente que el paciente refiere no tiene una base objetiva. La afectación cocleo-vestibular aguda en el contexto de un síndrome de hipotensión licuoral se produce por tracción mecánica del octavo par craneal. También se ha descrito en la literatura casos de *hydrops* endolinfático en el contexto de cuadros de hipotensión licuoral espontánea. En el caso que nos ocupa la exploración vestibular periférica ha sido normal y el estudio de RM no ha mostrado ningún tipo de afectación a nivel tronco encefálico; por todo ello, se descarta razonablemente una base orgánica”.

6. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 23 de julio de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por una especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

En él concluye que: “1. La indicación de anestesia neuroaxial mediante anestesia raquídea o intradural que se le propuso (...) fue completamente adecuada y acorde al conocimiento científico actual./ 2. Queda acreditado que el riesgo de cefalea está contemplado en el documento de consentimiento informado, riesgo que el paciente tenía la obligación de soportar./ 3. Queda

acreditado que el consentimiento informado fue firmado por (el paciente) en tiempo y forma./ 4. La técnica anestésica realizada fue correcta. Queda acreditado que se practicó una anestesia raquídea, sin observarse ninguna incidencia y/o complicación durante la técnica anestésica, no habiendo indicios de error técnico (...). 5. (Al paciente) se le realizó una punción dural intencionada, y no accidental, puesto que en ello se basa la técnica anestésica: en administrar anestésicos locales y opiáceos en el espacio intradural para conseguir anestesia total./ 6. La técnica se realizó con el tipo de aguja recomendada, de muy bajo calibre, y en un solo intento./ 7. La posibilidad de desarrollar una fístula de LCR con una punción única de la duramadre con una aguja de 0´455 mm de diámetro es muy baja. Tanto es así, que no está indicado realizar ninguna intervención para la prevención de la cefalea./ 8. (El paciente) sufrió un cuadro de crisis hipertensiva con náuseas, vómitos y cefalea desde el primer día postoperatorio. Una crisis hipertensiva es una urgencia médica que puede evolucionar a emergencia hipertensiva y poner en riesgo la vida del paciente si no se trata adecuadamente./ 9. El paciente fue valorado y seguido durante el postoperatorio por diversos servicios médicos (Medicina Interna, Nefrología y Neurología)./ 10. Se le realizaron las pruebas diagnósticas y tratamientos adecuados para el cuadro clínico de mayor severidad presente en cada momento./ 11. El segundo día postoperatorio se realiza un tac craneal que descarta la presencia de signos de hipotensión licuoral./ 12. La presencia de una fístula de líquido cefalorraquídeo queda descartada, además de por el primer tac, por dos pruebas especialmente dirigidas: una resonancia magnética cráneo-medular y una cisternogammagrafía isotópica./ 13. No hay evidencia de lesión dural que justifique el síndrome de hipotensión licuoral./ 14. No se observa inobservancia ni falta del deber del cuidado” por parte de los especialistas del Servicio de Salud del Principado de Asturias “durante el postoperatorio./ 15. La evolución de la cefalea fue favorable./ 16. No observo negligencia, culpa y/o mala praxis” por parte de dichos especialistas.

7. Mediante oficio notificado al interesado el 8 de octubre de 2024 el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 29 del mismo mes, el reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se reitera en todos los términos de la reclamación, al considerar "a la vista del expediente y de los informes de los diferentes Servicios médicos implicados", que "existió un retraso diagnóstico y sobre todo de tratamiento de la patología del reclamante -con pérdida de alternativas terapéuticas- por no haberse tratado adecuadamente el síndrome de hipotensión licuoral surgido en el postoperatorio, con retraso en las pruebas complementarias, ni haberse realizado las pruebas pertinentes prologándose en el tiempo innecesariamente un síndrome, que de tratarse a tiempo, hubiera podido evitar las graves secuelas que ahora padece".

Afirma que "sí presenta unas secuelas derivadas de un síndrome de hipotensión licuoral", remitiéndose al informe de alta emitido por el Servicio de Otorrinolaringología del (...) Hospital `X´, tras la consulta del día 11 de marzo de 2024 (folio 70), en el que como "diagnóstico principal", figura "alteración del equilibrio secundaria a síndrome de hipotensión licuoral tras anestesia epidural".

Reprocha a la pericial de la compañía aseguradora de la Administración que pase "de puntillas de la primera consulta con Neurología (junio del 2022) (...) a la consulta de abril 23 -casi un año después- como si por el medio no hubiera pasado nada y como si esa tardanza en realizársele una prueba esencial (...) no tuviera trascendencia". Al respecto, denuncia que la prueba diagnóstica determinante "para descartar que siguiera habiendo fuga de LCR", no le fuera efectuada hasta "pasados mucho meses", lo que arrojó como resultado que la opción de colocar un "parche hemático epidural" que la propia perito sugiere (folio 124) como modo de resolución de las cefaleas posturales con antecedente en una punción lumbar, hubo de ser finalmente descartada

por el propio Servicio de Neurología en la consulta de 14 de febrero de 2024 (folio 67) “por la baja probabilidad de eficacia tras el tiempo transcurrido”.

Concluye que “es contraria a la *lex artis ad hoc*” la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias “por los siguientes particulares: a) Falta de consentimiento informado en lo referente a los riesgos propios de la anestesia intradural. (...) no fue informado en ningún momento de un posible riesgo de pérdida de líquido cefalorraquídeo, ni de un posible riesgo de sufrir un síndrome de hipotensión licuoral; pese a ser riesgos típicos reconocidos por la Sociedad Española de Anestesiología./ Si como dicen los informes de Anestesiología de la perito el riesgo se concreta en un 1 % de los casos, no se entiende cómo no se le advirtió (...) de ello./ b) Falta de consentimiento informado y de información de que se había producido una hipotensión licuoral como complicación de anestesia intradural, ni de las consecuencias, riesgos, cuidados y prevenciones que ello podría conllevar, con infracción del artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente (...). c) Deficiencias graves y permanentes consecutivas a un tratamiento y seguimiento postquirúrgico inapropiado./ Las secuelas tienen un origen iatrogénico ya que solo cabe atribuirles a un inadecuado control postquirúrgico de la evolución clínica y de los síntomas, puesto que la aparición de la hipotensión licuoral, como complicación de anestesia intradural, fue casi inmediata y si bien en un momento inicial la misma se podría confundir con hipertensión, una vez descartada ésta y habiendo sido ya diagnosticada correctamente mientras el paciente se hallaba aún ingresado no se entiende como no hubo un seguimiento por parte de Anestesiología -que ni siquiera fue informada- o al menos por Neurología, que conocía ya el problema”.

Adjunta dos artículos procedentes de revistas especializadas de Anestesiología.

8. Con fecha 13 de noviembre de 2024, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La cefalea que

presentó tras la intervención constituyó la materialización de un riesgo típico del procedimiento al que fue sometido” y aclara que “la cefalea postpunción de la duramadre (...) es una complicación habitual en ambas técnicas anestésicas, y así está recogido en el consentimiento informado que firmó el paciente en la consulta de Anestesia”. Niega que haya existido “un inadecuado seguimiento postquirúrgico tal y como afirma el reclamante. La primera valoración neurológica del paciente se efectuó durante su ingreso hospitalario con fecha 17-02-2022. El diagnóstico fue de cefalea ortostática como probable complicación de anestesia epidural. En (la) nueva valoración efectuada el 18-02-2022 ya se constataba una clara mejoría clínica”. Añade que “tampoco el retraso alegado en realizar una RNM” condicionó “las ‘secuelas’ que el paciente presenta. El segundo día postoperatorio se realiza un tac craneal que descarta (...) signos de hipotensión licuoral. La presencia de una fístula de líquido cefalorraquídeo queda descartada, además de por el primer tac, por dos pruebas especialmente dirigidas: una resonancia magnética cráneo-medular y una cisternogammagrafía isotópica realizadas posteriormente”. Finaliza diciendo que “en el caso que nos ocupa la exploración vestibular periférica ha sido normal y el estudio de RM no ha mostrado ningún tipo de afectación a nivel tronco encefálico”, para concluir manifestando que “por todo ello, se descarta razonablemente una base orgánica”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de noviembre de 2024, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 ahora examinado la reclamación se presenta en una oficina de correos el día 24 de abril de 2024, y si bien los hechos sobre los que se fundamenta se remontan al 14 de febrero de 2022, día en el que al reclamante le fue realizada una resección transuretral de próstata en el Hospital Universitario San Agustín de Avilés, consta acreditado en el expediente remitido que, tras esta intervención, se objetivaron diversas complicaciones a

tratamiento y seguimiento por parte de diferentes Servicios, entre otros el de Otorrinolaringología de este mismo hospital, que no daría de alta, por su parte, al paciente hasta el día 11 de marzo de 2024, por lo que es evidente que la reclamación formulada el día 24 de abril de ese mismo año, lo ha sido dentro del plazo de un año legalmente establecido a contar desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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.

Sin embargo, se observa que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o

de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". 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 34 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.- El reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios derivados que considera que derivan del retraso en el diagnóstico y tratamiento de una complicación de la que no habría sido informado, con ocasión de la

intervención programada -una resección transuretral de próstata-, que le fue realizada en el Hospital "X" el día 14 de febrero de 2022.

La historia clínica incorporada al expediente acredita que tras la intervención, el reclamante ha objetivado un cuadro de cefaleas persistentes de las que ha venido siendo tratado desde entonces por parte de diferentes Servicios -fundamentalmente Neurología y Otorrinolaringología-, por lo que cabe advertir la presencia de unos daños, que de acuerdo con esa misma historia clínica, pudieran tener su origen en la técnica anestésica aplicada en la citada intervención.

Ahora bien, como venimos señalando de forma reiterada, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, surgido 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 probarse que aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico, no pudiendo imputarse sin más a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra 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.

Tratándose de reclamaciones que afectan al funcionamiento del servicio público sanitario, 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. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados.

Por tanto, para poder apreciar si 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 previo estado del enfermo o de la organización sanitaria en que se desarrolla, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 1.ª).

En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado y, en particular, que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, en el presente caso el reclamante no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto salvo la aportación, en trámite de alegaciones, de dos artículos científicos referidos a su padecimiento. En consecuencia, nuestro pronunciamiento sólo puede sustentarse sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, todos ellos presentados por la Administración y su compañía aseguradora.

Con esta limitación de principio, y comenzando por el primero, por no decir el fundamental como luego se verá, de los diferentes reproches sobre los

que el interesado hace descansar su reclamación, esto es, una supuesta “falta de consentimiento informado en lo referente a los riesgos propios de la anestesia intradural. El dicente no fue informado en ningún momento de un posible riesgo de pérdida de líquido cefalorraquídeo, ni de un posible riesgo de sufrir un síndrome de hipotensión licuoral; pese a ser riesgos típicos reconocidos por la Sociedad Española de Anestesiología”, la historia clínica del episodio asistencial que se cuestiona, interpretada desde la única perspectiva que nos es posible en este momento de los diferentes informes técnico-médicos obrantes en el expediente, nos llevan a concluir que este supuesto déficit informativo no se acredita toda vez que, a pesar de ser cierto que a lo largo del constante tratamiento dispensado al paciente durante todo este episodio clínico, los diferentes servicios intervinientes dejaron aventurada, a modo de “impresión diagnóstica”, la posible concurrencia nunca dejada de estudiar, de que tras la intervención, y como consecuencia de la técnica anestésica utilizada, el paciente hubiera objetivado como complicación un cuadro clínico compatible con una posible “hipotensión licuoral” causada por una pérdida de líquido cefalorraquídeo. Así se desprende, tanto de las puntualizaciones 3 y 4 del informe del Jefe de Sección de Neurología del Hospital “X” de 24 de mayo de 2024 -antecedente 5-, a cuyo tenor “la RM craneal realizada con fecha 20-06-2023 no demostró evidencia de fuga de LCR (como sería esperable en el cuadro de hipotensión licuoral secundario) (...). La cisternografía isotópica practicada con fecha 20-06-2023 no demostró evidencia de fuga de LCR (como sería esperable en el cuadro de hipotensión secundario)”, como de las conclusiones 11 a 13 con las que se cierra el informe médico pericial de praxis elaborado, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por una especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor -antecedente 6-, conforme a las cuales, “el segundo día posoperatorio se realiza un tac craneal que descarta la presencia de signos de hipotensión licuoral (...). La presencia de una fístula de líquido cefalorraquídeo queda descartada, además de por el primer tac, por dos pruebas especialmente dirigidas: una resonancia magnética

cráneo-medular y una cisternogammagrafía isotópica (...). No hay evidencia de lesión dural que justifique el síndrome de hipotensión licuoral”.

Conocidos por el reclamante en el trámite de audiencia y vista del expediente estos informes médicos, en el trámite de alegaciones no ha incorporado al procedimiento documento pericial de ningún tipo que los contradiga.

Queda descartada, a la vista de los informes médicos incorporados al procedimiento, la concurrencia de la esencial infracción a la *lex artis ad hoc* denunciada por el reclamante, es decir, la de un supuesto déficit informativo en relación con una eventual pérdida de líquido cefalorraquídeo y un posible riesgo de sufrir un síndrome de hipotensión licuoral, que nunca han sido confirmados. Sí consta, en cambio, como descrito, conocido y consentido por el paciente (folio 33) el cuadro de cefalea postpunción de la duramadre (...), que según describen los informes médicos es una complicación habitual tanto de la anestesia epidural como intradural, y así está recogido en el consentimiento informado que firmó el paciente en la consulta del servicio de Anestesiología y Reanimación.

En segundo lugar, a pesar de que los diversos servicios intervinientes en el seguimiento y tratamiento de su situación posoperatoria hacen referencia a una cefalea ortostática como probable complicación de “anestesia epidural”, el informe del Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación, refiere expresamente que “el día 14-02-2022 se lleva a cabo la intervención quirúrgica de resección transuretral de próstata (...) bajo anestesia intradural, también llamada subaracnoidea o raquianestesia, que transcurre sin incidencias, pasando a la Unidad de Recuperación Postanestésica (...) donde tras aproximadamente 2 horas es dado de alta a planta sin dolor y (...) sin incidencias./ La intervención no se realizó con epidural como se recoge en distintos puntos del escrito. La anestesia intradural es la técnica anestésica de elección y habitual en la (resección transuretral de próstata), ya que permite detectar con rapidez una posible perforación vesical. La realización de una anestesia epidural es excepcional, si bien no está contraindicada./ En la

anestesia intradural la perforación de la duramadre no es accidental, sino intencionada e inherente al procedimiento, pues el anestésico local se pone en contacto con el líquido cefalorraquídeo para realizar su efecto anestésico. No así en la anestesia epidural donde sí sería accidental la punción de la duramadre./ La cefalea postpunción de la duramadre (...) es una complicación habitual en ambas técnicas anestésicas, y así está recogido en el consentimiento informado que firmó el paciente (...). Si bien la incidencia (1 % en la intradural frente a un 60-80 % en punción accidental de duramadre en epidural) y la gravedad es mucho mayor en la epidural frente la intradural./ En ningún momento consta en la historia clínica que se consultara o comentase el caso al Servicio de Anestesiología para su valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente". A falta de una pericia de contrario, se descarta así por el propio servicio directamente implicado que la técnica anestésica empleada hubiera sido la epidural.

Finalmente, del historial médico obrante en el expediente tampoco se objetiva un inadecuado seguimiento posquirúrgico tal y como afirma el reclamante. Así, el segundo día postoperatorio se realiza un tac craneal que descarta la presencia de signos de hipotensión licuoral y la primera valoración neurológica del paciente se efectuó durante su ingreso hospitalario con fecha 17-02-2022. Con posterioridad, fue valorado y seguido por diversos servicios médicos (Medicina Interna, Nefrología y Neurología), realizándose las pruebas diagnósticas (una resonancia magnética cráneo-medular y una cisternogammagrafía isotópica) y tratamientos adecuados para el cuadro clínico manifestados en cada momento. En definitiva, frente al abandono asistencial que denuncia el reclamante, la historia clínica pone de manifiesto es un constante y diligente tratamiento por parte de diferentes Servicios proporcionado y adecuado a la evolución de su patología.

Ante la ausencia de otros informes periciales de contraste y a tenor de la documentación obrante en el expediente remitido, es forzoso concluir que en la presente reclamación no ha resultado acreditada ninguna actuación contraria al buen quehacer médico, pues todos los informes incorporados al procedimiento,

que no han sido desvirtuados en vía administrativa por el reclamante mediante pericia médica, son coincidentes en apreciar la corrección de la asistencia dispensada al reclamante, tanto con anterioridad a la resección transuretral de próstata que le fue realizada 14 de febrero de 2022, como durante su ejecución y en el posterior seguimiento y tratamiento de las complicaciones objetivadas, faltando de esta forma todo soporte probatorio que avale la invocada infracción de la *lex artis ad hoc*, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.