



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera
Sr. Herrera Campo, Consejero y
ponente

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 19 de octubre de 2023, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente*

DICTAMEN 404/2023

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 19 de septiembre de 2023 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh de xxx1.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 21 de septiembre de 2023, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 404/2023, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Herrera Campo.

Primero.- El 24 de septiembre de 2020 Dña. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh de xxx1.



Manifiesta que su representado "El 26 de septiembre de 2018 (..) fue sometido a una intervención quirúrgica de hemorroidectomía en el Hospital hhhh, en la cual el anestesista encargado de llevar a cabo la sedación del paciente realizó su actuación profesional de forma absolutamente negligente, con infracción manifiesta de la *lex artis ad hoc* (..). En concreto, el citado profesional llevó a cabo el manejo de la anestesia loco-regional de una manera totalmente negligente e imprudente, llegando a realizar nada menos que once punciones en la zona lumbar, causándole al paciente con su deficiente actuación graves daños neurológicos que, a la fecha presente, son ya irreversibles y le impiden la realización de sus labores cotidianas más elementales".

Afirma que, con el aparente propósito de ocultar aquella deficiente asistencia, existió luego un retraso en el diagnóstico de la lesión producida por ella y en el tratamiento de la misma. Y alega además "ausencia de información sobre las contraindicaciones de la anestesia y, por consiguiente, defectuoso consentimiento prestado por el paciente".

No fija la cuantía indemnizatoria reclamada, concretamente manifiesta que "No resulta en este momento posible la cuantificación de la indemnización reclamada, puesto que mi representado se encuentra pendiente de que le concedan la incapacidad permanente para el desempeño de su actividad profesional, incidiendo en la indemnización a conceder, el tipo de incapacidad que le sea finalmente reconocida. Igualmente, tampoco pueden concretarse en este momento los daños morales, puesto que mi representado continúa en tratamiento psicológico y psiquiátrico por los hechos descritos en este escrito rector y, además, dado que las consecuencias neurológicas se están agravando con el paso del tiempo, no resulta plausible concretar en este momento el valor económico de esa lesión. Todo ello, sin perjuicio de que, en el momento pertinente se pueda concretar mediante el correspondiente informe pericial emitido por un médico valorador del daño corporal, la valoración de esos daños cuya indemnización se reclama".

Adjunta a su reclamación documentación personal y poder general para pleitos.

Segundo.- Además de la historia clínica del paciente, al expediente se incorporan los siguientes informes:



- Informe del jefe de servicio en funciones del Servicio de Cirugía del Hospital hhhh, de 23 de noviembre de 2020.

- Informe de la especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Hospital hhhh, de 25 de noviembre de 2020.

- Informe de la inspectora médica de la Gerencia de Salud de Área de xxx2 de 12 de marzo de 2021, e informe complementario de 15 de julio de 2021.

- Informe emitido, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, de 7 de abril de 2021.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, con remisión del expediente, el 1 de julio de 2021 la parte reclamante presenta escrito de alegaciones en el que se ratifica en los argumentos expuestos en la reclamación inicial, y discute el contenido de los informes que obran en el expediente, acompañando informe de 23 de febrero de 2021 relativo a la electromiografía realizada al paciente en el Hospital de Molina (Murcia), así como diversa documentación sobre la declaración de incapacidad permanente.

Cuarto.- El 15 de julio de 2021 la inspectora médica emite informe complementario en el que responde a las alegaciones del reclamante.

Quinto.- El 20 de julio de 2021 se remite a la parte reclamante este nuevo informe, que lo recibe el 23 de julio siguiente, y se le concede nuevo trámite de audiencia.

Sexto.- El 6 de agosto de 2021 la parte reclamante presenta nuevo escrito de alegaciones en el que solicita la nulidad del procedimiento, al entender que la incorporación del informe complementario de la Inspección Médica (que indica erróneamente es de fecha 16 de enero de 2020), tras el trámite de audiencia, no se encuentra contemplado en la ley, es un acto nulo y vulnera claramente el artículo 24 de la Constitución Española.

Séptimo.- El 7 de septiembre de 2023 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.



Octavo.- El 11 de septiembre de 2023 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta de orden.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014 del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (24 de septiembre de 2020) hasta que se formula la propuesta de orden (7 de septiembre de 2023). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la LPAC, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el



ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

Por otra parte, este Consejo considera conveniente precisar que el acto administrativo de 20 de julio de 2021 por el que la instructora acuerda la admisión y práctica de prueba documental y concede nuevo trámite de audiencia a la reclamante no incurre en causa de nulidad. La finalidad del citado acto es conceder audiencia a la reclamante del informe complementario emitido por la inspectora médica el 15 de julio de 2021, que se limita a responder a las alegaciones presentadas por la reclamante el 1 de julio de 2021. El mencionado informe se emitió antes de formular la propuesta de resolución y, además, resulta acreditado en el expediente que se concedió audiencia del mismo a la reclamante el 22 de julio de 2021 (página 143 del expediente). Por tanto, resulta probado que ninguna indefensión se le ha causado a la reclamante.

En este sentido, el artículo 82.1 de la LPAC establece que "Instruidos los procedimientos, e inmediatamente antes de redactar la propuesta de resolución, se pondrán de manifiesto a los interesados o, en su caso, a sus representantes, para lo que se tendrán en cuenta las limitaciones previstas en su caso en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre". Lo que se ha cumplido en este caso.

Finalmente, tal y como se expone en el antecedente de hecho primero, la reclamante no fija la cuantía indemnizatoria reclamada. Sin embargo, los daños alegados -principalmente el período de curación- permiten presumir que la cuantía finalmente solicitada superaría el umbral de los 6.000 euros exigido para la preceptividad del dictamen del Consejo.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida LPAC.

La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley



3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), a la que se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos: a) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley; c) imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño; d) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de que transcurra un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el



daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico como es el caso que nos ocupa.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración Sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que alude a las sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), según la cual: "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en simple producción del daño, puesto que en



definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiosa para el paciente”.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, corresponde valorar si la asistencia sanitaria prestada a D. yyy2 se ha acomodado a la *lex artis* en tiempos, modos de actuación y realización de las pruebas diagnósticas oportunas.

En los términos que se relatan en los antecedentes de hecho, la parte reclamante considera que el paciente “fue sometido a una anestesia loco-regional de una manera totalmente negligente e imprudente, llegando a realizarse once punciones en su zona lumbar que le provocaron graves daños neurológicos que, a la fecha presente, son ya irreversibles y le impiden la realización de sus labores cotidianas más elementales”. Además, alega que existió retraso en el diagnóstico de sus daños neurológicos y sostiene la ausencia de información sobre las contraindicaciones de la anestesia.

Por tanto, procede analizar por este Consejo si existe un nexo causal directo entre las causas alegadas y las lesiones padecidas por el paciente, y si estas circunstancias determinan un incumplimiento de la *lex artis* y de los protocolos médicos vigentes.

El informe de la inspectora médica de 12 de marzo de 2021, tras detallar las actuaciones médicas practicadas y valorar los informes que obran en el expediente, emite las siguientes conclusiones:

“- (El paciente) es diagnosticado de hemorroides grado III/IV. Se incluye en lista de espera quirúrgica el 13 de junio de 2018 y firma Consentimiento Informado para la intervención. El 26 de junio de 2018 se realiza la consulta preanestésica y se firma los Consentimientos Informados de las dos técnicas anestésicas: Anestesia General y Anestesia Intradural y/o Anestesia Epidural. Se realiza la intervención el día 26 de septiembre de 2018 bajo anestesia intradural.

»- Tras valoración riesgo-beneficio de las técnicas anestésicas y los antecedentes del paciente se realizó anestesia intradural. En el contexto analizado consideramos era la técnica de elección la cual se puede afirmar que se aplicó correctamente tras el análisis de la Historia Clínica. Así la actuación del especialista en anestesia fue correcta y ajustada a la *lex artis*.



»- Tras la intervención presenta clínica de dolor lumbar que el paciente considera secundaria a la técnica anestésica.

»- En este caso se realizaron estudios diagnósticos (RMN de c. lumbar, RX c. lumbosacra funcionales, analítica sanguínea y gammagrafía ósea) que descartaron causa inflamatoria, infecciosa y lesión neuroaxial compresiva como origen del dolor lumbar que manifestaba el paciente.

»- El paciente, según los antecedentes de clínica y pruebas de imagen RMN que se reflejan en la historia clínica (previo a la cirugía de hemorroides) sufría un proceso degenerativo en c. dorsal y lumbar, con deshidratación discal y síndrome facetario que puede dar lugar a dolor lumbar de las mismas características que presenta el paciente.

»- En base a las consideraciones y las conclusiones expuestas en el presente informe, se considera que la actuación médica ha sido correcta, no pudiendo objetivar que la clínica de dolor lumbar que refiere el paciente sea debida a negligencia o mala práctica médica por lo que se propone desestimar la reclamación presentada”.

En el mismo sentido, el informe pericial de la aseguradora de la Administración de 7 de abril de 2021 contiene las siguientes conclusiones:

“1. (El paciente) acudió al Hospital hhhh a realizarse un procedimiento programado de hemorroidectomía (cirugía con ingreso). La indicación quirúrgica es correcta pues se trata de hemorroides grado III-IV que causan rectorragias (sangrado por el recto) y la consiguiente anemia ferropénica. Se obtuvo el consentimiento informado quirúrgico.

»2. Fue valorado en consulta preoperatoria por el Servicio de Anestesia donde se entregaron dos consentimientos informados para la anestesia (tanto general como regional). El paciente aporta los dos consentimientos firmados, sin revocar ninguno. Los consentimientos describen las principales complicaciones (entre las que se incluye el dolor de espalda).

»3. El 26 de septiembre de 2018, el procedimiento se realiza bajo anestesia loco-regional (raquídea `en silla de montar`), realizado de forma totalmente correcta y adecuada. La técnica empleada parece más que adecuada, tanto en posición (paciente sentado), aguja adecuada, dosis de



anestésico adecuado. La referencia del paciente a los `11 pinchazos´ fueron debidos a una mezcla de digitopresión y los debidos a la anestesia local. El paciente no refirió en ningún momento sensación de parestesia durante la técnica (calambre durante la punción por contacto de la aguja con un nervio, que es frecuente durante la realización de la técnica, pero en la inmensa mayoría de los casos no da lugar a daño nervioso).

»4. Es dado de alta al día siguiente, sin incidencias ni constancia de dolor de espalda al alta.

»5. A los 23 días del procedimiento, el paciente refiere dolor lumbar en la consulta de revisión del Servicio de Cirugía (19 octubre), y es remitido de forma preferente a consultas de la Unidad de Dolor.

»6. Es valorado por el Servicio de Anestesia (9 noviembre) que descarta complicación de la técnica mediante realización de RMN (realizada el 2 diciembre).

»7. El dolor lumbar del paciente es diagnosticado como síndrome miofascial de cuadrado lumbar, y es seguido en varias consultas de diversos especialistas para su estudio y tratamiento: Unidad de Dolor, Rehabilitación, Neurología, Unidad de Columna-COT, hasta ser dado de alta de las mismas. Las pruebas complementarias realizadas hasta la fecha son todas normales, salvo la RNM que evidencia patología de disco (no quirúrgica) y degenerativa.

»8. En cuanto a los criterios clásicos de causalidad entre la anestesia raquídea y el dolor lumbar que padece el paciente no se cumple ninguno, no existiendo pues relación de nexo causal”.

Por otro lado, resulta ilustrativo el informe de la especialista en Anestesiología y Reanimación y Terapéutica del Dolor que atendió al paciente en el Hospital hhhh. En este documento se describe, de forma detallada, tanto la técnica anestésica empleada, como los razonamientos que justificaron la misma:

“Valorando riesgo-beneficio de las técnicas anestésicas posibles que son anestesia general *vs* anestesia raquídea y los antecedentes del paciente decido realizar anestesia intradural por varios motivos:

»1. Tiene consentimiento informado firmado para esa técnica.



»2. No presenta ninguna contraindicación absoluta ni relativa para su realización.

»3. Es la técnica más frecuentemente empleada para este tipo de cirugía.

»4. Mejor control del dolor con anestesia intradural y específicamente en este caso una intradural en silla de montar.

»5. Menos riesgo de episodios trombóticos EEII postquirúrgica.

»6. Menos íleo paralítico.

»7. Menos complicaciones respiratorias.

»8. Recuperación más rápida con una anestesia en silla de montar.

»9. El paciente especialmente tiene más riesgo de una anestesia general por ser asmático y predictores de dificultad en la intubación.

»(...) Durante la cirugía se lleva a cabo una anestesia intradural: Se coloca al paciente en sedestación con flexión del cuello y brazos hacia delante intentando hiperextender la zona lumbar para abrir el espacio intervertebral, identificando el nivel donde realizar la técnica digitalmente, identificación región interespinosa L4-L5 reconociendo el extremo caudal de la apófisis espinosa más cefálica.

»Es un poco dificultoso en este paciente reconocer el espacio por la potente zona lumbar muscular, tejido subcutáneo grosor importante y la tensión que presenta en esa posición por nerviosismo del paciente durante realización de la técnica. Se procede a infiltración subcutánea que requiere varios pinchazos para anestesiar la zona, primero con una aguja subcutánea y después planos más profundos con aguja intramuscular lo que conlleva varios pinchazos con anestésico local previa a realización de la técnica intradural sin incidencias con una aguja G25 punta de lápiz Sprotte con introductor de dicha aguja previamente llevando a cabo técnica totalmente reglada paso a paso. Se introduce la aguja con bisel paralela a la fibra de



duramadre longitudinalmente se introduce suavemente hasta que se nota el cambio característico de resistencia de la aguja al pasar a través de ligamento amarillo. El paciente presenta un ligamento amarillo muy duro. No se refiere ni se observa ninguna radiculalgia al llegar al espacio intradural y después de comprobar si refluye LCR y no es hemática la punción como comprobaciones rutinaria que se realiza de forma sistemática después de cada punción intradural, se inyecta en espacio intradural sujetando la aguja espinal sobre la espalda con la mano se fija la jeringa de anestésico; se vuelve a aspirar comprobando que refluye LCR y se inyecta dosis lentamente de Bupivacaina Hiperbara 0.5 % 7 mg, y se deja en sedestación al paciente 5 minutos cronometrados para realizar una anestesia en silla de montar (...).

»(...) Se realizó como se ha detallado una anestesia intradural que nada tiene que ver con una anestesia epidural que es otra técnica completamente distinta con otras características e indicaciones diferentes a la que nos atañe en este caso (...).

Para concluir, el expresado informe médico afirma que “El paciente presentaba ya una clínica parecida antes de la cirugía a la que refiere que tiene secundaria a la técnica anestésica realizada sin incidencias, con múltiples interconsultas a varios especialistas previa a la cirugía y que mantiene después de la cirugía”.

Por su parte, la parte reclamante aporta en el trámite de audiencia un “dictamen propuesta emitido el 1 de septiembre de 2020 por el Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del INSS”. En el mismo, el médico inspector encargado de valorar la situación clínica del paciente para determinar si se encontraba en condiciones de poder desarrollar su actividad laboral (después de haber agotado el período de incapacidad temporal en el que incurrió tras la operación de hemorroidectomía), concluye lo siguiente: “Dolor lumbar irradiado a ambas piernas tras anestesia epidural que ha precisado múltiples tratamientos sin mejoría, pruebas complementarias normales, en exploración abolición aquileo izquierdo y disminución de fuerza dorsiflexora ambos pies” (página 127).

Expuestas las posiciones de las partes, por lo que se refiere a la valoración de la prueba pericial, la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 17 de febrero de 2022 (rec. 5631/2019) matiza los criterios tradicionales utilizados para la valoración de informes contradictorios y



encierra una detallada, precisa y completa doctrina sobre el valor de los informes de los expertos al servicio de la Administración.

La citada sentencia considera que se debe examinar la mayor o menor solidez de cada uno de los dictámenes periciales, teniendo en cuenta sus fuentes, su desarrollo expositivo, e incluso el prestigio profesional de su autor. Por tanto, no se puede otorgar implícitamente el carácter de prueba tasada o legal a los dictámenes e informes provenientes de la Administración.

En este caso, este Consejo considera que los detallados informes de la inspectora médica, de la especialista en Anestesiología y Reanimación que atendió al paciente y del especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor de la aseguradora presentan una mayor solidez y motivación que el dictamen emitido por el Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del INSS aportado por el reclamante, que no fija, de manera clara y concluyente, la existencia de nexo causal entre el dolor lumbar sufrido por el paciente y la técnica anestésica empleada, sin que tampoco conste que haya llegado a aportarse el informe pericial de valoración de los daños que quedó anunciado en la propia reclamación.

Los informes que obran en el expediente permiten concluir que la punción lumbar descrita por la anestesióloga fue complicada por el grosor de los tejidos incluidos entre la piel y la zona interespinal donde se penetra en el espacio subaracnoideo. Asimismo, avalan que, tras la digitopresión practicada con visos de localizar un espacio interespinal, la anestesióloga procedió a la infiltración subcutánea que requirió varios pinchazos para anestesiar la zona, primero con una aguja subcutánea y después planos más profundos con aguja intramuscular. Esta circunstancia motivó que se efectuaran varios pinchazos con anestésico local antes de la técnica intradural.

Los mencionados informes reconocen que la técnica de anestesia fue adecuada, tanto en lo relativo a la posición (paciente sentado), como al empleo de la aguja y de la dosis anestésica.

Los "11 pinchazos" que se afirma fueron sufridos por el paciente, tal y como expone el informe del especialista de la aseguradora, "con toda seguridad fueron debidos a una mezcla de digitopresión (frecuentemente hay que realizar una gran presión con el dedo o incluso la uña, sobre todo si el grosor del tejido impide una buena localización) y los debidos a la anestesia local".



Resta por analizar la posible ausencia de información sobre las contraindicaciones de la anestesia alegada también por la reclamante. En este sentido, el informe complementario de la inspectora médica de 15 de julio de 2021 afirma lo siguiente: "En cuanto al Consentimiento Informado, el 26/06/2018 se realiza la consulta preanestésica: historia detallada por aparatos normal, en exploración vía aérea dificultad prevista de intubación orotraqueal, cuello corto, ASA II. Se valoran resultados de analítica preoperatoria y ECG y se firman los Consentimientos Informados de las dos técnicas anestésicas: Anestesia General y Anestesia Intradural y/o Anestesia Epidural. En la documentación aportada constan los dos consentimientos firmados, sin revocar ninguno. En la reclamación se refleja que el mismo día de la intervención el paciente rechazó la anestesia raquídea por preferir anestesia general. En el informe de valoración preanestésica (folio 21 del anexo 1) en observaciones se puede leer: firma 2 consentimientos. prefiere anestesia general. El paciente manifiesta su preferencia, pero en ningún momento rechazó la anestesia raquídea, prueba de ello es que firmó los dos consentimientos sin revocar ninguno. En los consentimientos se describen las principales complicaciones, entre las que se incluye el dolor de espalda".

Estas circunstancias aparecen acreditadas en el expediente remitido, concretamente, en la historia clínica (páginas 10 a 12) figuran los consentimientos informados de las dos técnicas anestésicas: anestesia general y anestesia intradural y/o anestesia epidural, ninguno de los cuales fue revocado por el paciente.

Por todo lo expuesto, este Consejo considera que los detallados informes contienen una motivación suficiente para considerar que, en todo momento, la actuación médica ha sido correcta, sin que exista un nexo causal entre la clínica de dolor lumbar del paciente que refiere la reclamante y una pretendida negligencia o *mala praxis* médica. Por ello, la reclamación debe desestimarse.



III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh de xxx1.

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