



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Ponente

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 23 de marzo de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 10 de febrero de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 14 de febrero de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 197/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, con ampliación del mismo, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Pérez Solano.

Primero.- D. xxxxx es examinado en el Servicio de Traumatología del Hospital de xxxxx en enero de 2001, tras ocho meses de baja laboral en tratamiento y sin mejoría, de dolores lumbares, en las rodillas y pantorrillas,



apreciándose estenosis de canal central L3-L4-L5, hipertrofia facetaria L4-L5 y formaminal izquierda y discreto abombamiento discal en L5-S1 con estenosis, reflejando el EMG un patrón denervativo crónico en territorio radicular de L5 izquierdo, con empeoramiento de los parámetros respecto a los estudios previos.

En abril de 2001 se le propone intervención quirúrgica consistente en laminectomía L3-L4-L5-S1 con artrectomía L4-L5 y liberación de raíz a ese nivel, y artrodesis anterolateral instrumentada con tornillos pediculares.

Estudiado en sesión clínica de 22 de octubre de 2001, se decide realizar la intervención prevista, sin incluir en la artrodesis el disco L5-S1.

La intervención se realiza el 5 de noviembre de 2001, bajo anestesia general, entre las 09:30 y las 15:00 horas, con el paciente en posición genupectoral, sin que se registren incidencias ni complicaciones durante la misma, excepto dos descensos de tensión arterial.

A las 17:00 horas del día 5, estando en reanimación, aparece dolor en las pantorrillas, más en la derecha; ese mismo día el anestesista establece como sospecha diagnóstica la de síndrome compartimental, en el contexto de cirugía vertebral y mioglobinuria.

A las 00:10 del 6 de noviembre es visto por el traumatólogo de urgencias a causa de dolor en ambas piernas localizado en compartimento anteroexterno, mioglobinuria y CPK muy elevada. La sospecha clínica es síndrome compartimental antero-externo. Como tratamiento se propone la realización de fasciotomía bilateral subcutánea de compartimento, que se realiza entre las 00:30 y las 00:45 bajo anestesia general. A las 11:30 se inicia tratamiento con corticoides, la inflamación en las extremidades inferiores se ha reducido y D. xxxxx puede realizar una débil flexoextensión del pie, pautándose protección gástrica.

Con motivo de la oscura pigmentación en la orina es valorado por el nefrólogo, que no detecta insuficiencia renal.

Tras EMG, se obtiene resultado el 9 de noviembre: afectación parcial e incompleta, pero de severa intensidad, del nervio ciático poplíteo externo



bilateral. Se programa nuevo EMG para 21 días después de la intervención. Han mejorado los resultados analíticos, se reducen las dosis corticoides y sueros y se mantiene protección gástrica.

Continuando el proceso de recuperación, el 19 de noviembre se inicia tratamiento rehabilitador. A las 23:00 presenta deposición negra abundante, con mareos y TA de 90/60. A las 03:30 nueva deposición melénica. El diagnóstico posible es úlcera de estrés, pautándose ranitidina intravenosa y suero, con control de descenso de la tensión o de nuevas deposiciones melénicas.

En la mañana del 20 de noviembre se solicita transfusión sanguínea. La gastroscopia realizada por digestivo muestra esofagitis péptica IV/IV y hernia hiatal axial. Se sustituye Nolotil por Paracetamol. Hasta las 19:20 del día siguiente no presenta nueva deposición melénica, con palidez de piel y mucosas. Se solicita transfusión de dos concentrados de hematíes y se realiza nueva gastroscopia: esofagitis péptica II/IV, erosión cardial aguda, hernia de hiato axial y ulcus duodenal (Forrest III). Se mantiene el tratamiento con Omeprazol y se recomienda practicar colonoscopia.

Prosiguen las melenas durante la madrugada del día 22, la última con sangre roja, tiene hipotensión, sudoración y un episodio de pérdida de conocimiento, por lo que es trasladado a UVI, donde le realizan colonoscopia que impresiona de hemorragia digestiva baja, posiblemente secundaria a punto de sangrado en íleon terminal. A las 08:00 es intervenido, realizándose enterotomía y enteroscopia intraoperatoria en la que se observan restos hemáticos frescos en íleon terminal, sin conseguir ver el punto de sangrado, por lo que se practica una hemicolectomía derecha, con resección de 25 cm de íleon terminal y colon derecho hasta el ángulo hepático y anastomosis mecánica. El informe anatomopatológico de la pieza reseçada aprecia fenómeno de denudación de la mucosa en íleon terminal con hemorragia en la lámina propia.

La evolución postquirúrgica es favorable, con transfusión de concentrados de hematíes por descenso de cifras de hemoglobina. El 4 de diciembre se reanuda el tratamiento rehabilitador. En el EMG practicado el día 5 se aprecia neuropatía axonal aguda de ambos nervios ciático poplíteo externos con una afectación axonal muy severa bilateral, severa axonotmesis (casi



neurotmesis) en el lado izquierdo y axonotmesis (casi neurotmesis) en el lado izquierdo y axonotmesis muy severa en el lado derecho. El 9 de diciembre camina con andador, aunque refiere parestesias en ambos pies, atribuidas a una posible actividad reinervativa. Continúa evolución favorable, aunque el 14 de diciembre sufre una pérdida de conocimiento, que los internistas califican como lipotimia por hipotensión ortostática.

El 21 de diciembre se le da el alta hospitalaria, caminando con dos bastones y programándose revisiones en traumatología y tratamiento rehabilitador. En la revisión de 25 de abril de 2002 camina con un solo bastón, ha mejorado algo la marcha, pero continúa igual con la parálisis; tiene atrofia muscular en grupo externo e hipoestesia distal de L5.

En la revisión de 29 de mayo de 2003 ya no presenta dolor lumbar no ciático. Las radiografías muestran estabilidad en la artrodesis y rectificación de la lordosis lumbar. Logra algo de dorsiflexión en el primer dedo del pie derecho y en el pie izquierdo, camina con un bastón y presenta hipoestesia muy marcada en territorio de L5 izquierdo. Se programa nueva revisión al año.

Segundo.- El 4 de julio de 2003 D. yyyyy, en representación de D. xxxxx, solicita el inicio de expediente de responsabilidad patrimonial de la Administración, con base en hechos que relata del siguiente modo:

“El reclamante con fecha 04-11-01 ingresó programado procedente de Lista de Espera para ser operado en el Hospital hhhhh, practicándosele al parecer una Laminectomía Bilateral L3-L4 y L4-L5 y artrodesis.

»En el postoperatorio el paciente presenta dolor severo en extremidades inferiores, con inflamación y posterior pérdida de la dorsiflexión de los pies, siendo diagnosticado al parecer de Síndrome compartimental, siendo intervenido nuevamente de Urgencia y practicándosele al parecer una fasciotomía bilateral compartimentos anteroexternos de las piernas.

»Posteriormente cursa parálisis de nervio ciático poplíteo externo bilateral con imposibilidad para la dorsiflexión de los pies.



»Posteriormente el día 20-11-01 y después de múltiples vicisitudes fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos y seguidamente intervenido de urgencia practicándosele una Hemicolectomía derecha debido a una hemorragia digestiva derivada del postoperatorio de Artrodesis.

»Después de múltiples tratamientos médicos, rehabilitadores por Resolución de fecha 04-07-2002 fue dado de alta de su Incapacidad Temporal declarándole afecto de una Incapacidad Permanente Total para su profesión habitual, presentando en al (sic) actualidad gravísimas secuelas derivadas de referida intervención quirúrgica. (Se acompaña referida resolución).

»Una vez se tenga conocimiento del Historial xxx del reclamante, así como las opresiones y tratamientos realizados se cuantificaran (sic) los graves daños sufridos a consecuencia de sus dolencias, así como días de hospitalización, etc.”.

Aporta la resolución de la Dirección Provincial del INSS en xxxxx de 4 de julio de 2002, que declara a D. xxxxx en situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual.

Tercero.- Consta en el expediente diferente documentación de entre la que cabe destacar:

- Documentos relativos a la historia clínica del reclamante.
- Informe del Dr. ddddd, de 19 de agosto de 2003, que intervino inicialmente al paciente (el 5 de noviembre de 2001).
- Informe de la Inspección Médica de 12 de marzo de 2004, con las siguientes conclusiones:

“D. xxxxx estaba siendo seguido en el Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh por presentar un cuadro de raquiostenosis L3-L4-L5, hipertrofia facetaria L4-L5, discopatía L3-L4 y L4-L5 y radiculalgia de L5; empeorado sus parámetros electromiográficos y aumentado sus dolores a pesar del tratamiento conservador por lo que se indicó tratamiento quirúrgico.



»Este tratamiento fue realizado el 5/11/2001 practicándose laminectomía bilateral L3-L4 y L4-L5 con liberación de raíces L4-L5 derechas e izquierdas, artrodesis circunferencial con implantes intersomáticos rellenos de injerto óseo autólogo y fijación con tornillos transpediculares en L3, L4 y L5 además de artrodesis interfacetaria con aplicación de injertos óseos en facetas e intertransversos. La intervención se desarrolla sin complicaciones técnicas a pesar de su complejidad, no produciéndose ningún tipo de lesión quirúrgica durante su desarrollo y siendo sus resultados específicos exitosos.

»A pesar de lo anteriormente expuesto el mantenimiento durante largo tiempo, en torno a unas 5 horas, del paciente en posición genupectoral, posición habitual para el tipo de intervención que se le ha realizado, provoca el que se desarrolle durante el postoperatorio inmediato una complicación consistente en un síndrome compartimental bilateral en extremidades inferiores (sic). Este síndrome cuya causa más probable es la inflamación de la masa muscular de los compartimentos anteroexternos de ambas piernas, se produce a pesar de haber adoptado las medidas protectoras necesarias en estos casos: colocación de vendajes algodonosos en extremidades inferiores, colocación de almohadillas y almohadillado de la propia mesa quirúrgica.

»Este síndrome se resuelve mediante tratamiento corticoideo y quirúrgico mediante fasciotomía bilateral pero ocasiona la lesión severa por compresión de los dos nervios ciático poplíteos externos.

»Con posterioridad y durante el trascurso de la hospitalización del paciente, éste sufre episodios de hemorragia digestiva baja graves que requieren transfusiones sanguíneas de varios concentrados de hematíes, su ingreso en UCI por shock hipovolémico y la realización de una hemicolectomía para su resolución. Este cuadro de hemorragia digestiva puede ser atribuido a una etiología medicamentosa o a la situación de stress postquirúrgico. En todo caso se presenta a pesar de que en la evolución postoperatoria del paciente se utilizase fundamentalmente medicación analgésica no agresiva con la mucosa gastrointestinal y de realizar protección gástrica continua mediante la administración preventiva de ranitidina, por tanto a pesar de haberse adoptado todas las medidas preventivas que aconsejan la correcta praxis médica.



»Como consecuencia de la patología previa y de las complicaciones padecidas en el postoperatorio de la intervención quirúrgica realizada al enfermo el 5/11/2001 le fue reconocida a éste una situación de incapacidad permanente en grado de total para su profesión habitual, por resolución de la Dirección Provincial del INSS de xxxxx de fecha 4/7/2002”.

- Informe del Dr. ggggg, de 25 de abril de 2004, con estas conclusiones:

“1. Paciente diagnosticado de estenosis de canal lumbar e intervenido de laminectomía, y artrodesis con instrumentación lumbar. La intervención se desarrolló sin problemas técnicos.

»2. El Síndrome compartimental aunque poco frecuente, es un cuadro que en su etiología se incluyen, permanencias prolongadas en determinadas posiciones, como en la que permaneció el paciente durante la cirugía lumbar. Incluso tomando medidas preventivas.

»3. En el caso que nos ocupa, el tratamiento médico con corticoides y fasciotomía bilateral, constituye el tratamiento de elección.

»4. La parálisis de ambos ciáticos poplíteos externos, que padece el paciente, ha sido probablemente secundaria al cuadro comprensivo en las extremidades inferiores.

»5. La (sic) hemorragias digestivas padecidas por el paciente, pudo (sic) ser debida al stress postquirúrgico, psicológico y al tratamiento medicamentoso. Estos factores son muy frecuentes en el desarrollo de dichas hemorragias, aún tomando medidas protectoras. El cuadro hemorrágico se resolvió finalmente mediante una intervención quirúrgica (hemicolectomía)”.

Cuarto.- Tras practicarse el trámite de audiencia, el 7 de julio de 2004 la parte reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que reitera su solicitud, concretando en 114.767,15 euros la indemnización solicitada (por secuelas y días de baja, con incapacidad permanente total).



El 27 de mayo de 2005, el reclamante solicita información sobre la tramitación del expediente.

Quinto.- Con fecha 29 de diciembre de 2005, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Sexto.- El 16 de enero de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

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.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3ª.- Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. 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.

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 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico 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) La 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) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexos causal que implica la necesidad de que el daño sea



consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

El interesado ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte sustancialmente el criterio de la propuesta de resolución de 29 de diciembre de 2005 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en su fundamento de derecho III, que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

Este Consejo considera que la propuesta ha hecho una acertada aplicación al caso de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, la Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están 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* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), 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 doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud del reclamante.

De la documentación obrante en el expediente se desprende, a juicio de este Consejo Consultivo, que no pueden considerarse infringidos los parámetros entre los que se desenvuelve la *lex artis* por el hecho de que con posterioridad a la intervención practicada el 5 de noviembre de 2001, y debido muy probablemente a la posición de flexión genupectoral en que se desarrolló, el paciente sufriera síndrome compartimental, que le produjo a la postre una grave afección de ambos nervios ciático poplíteo externos, junto a otras graves consecuencias. Esto es así, pues los informes de la Inspección Médica, de 12 de marzo de 2004, y del Dr. ggggg, de 25 de abril de 2004, en ningún momento aprecian incorrecta praxis en la citada intervención ni en el tratamiento paliativo posterior, considerando que el daño es consecuencia probable de la causa indicada, complicación que cabe calificar de poco frecuente y que apareció pese a que se pusieron medios para que no ocurriera (almohadillas, vendajes, etc.).

Respecto al cuadro de hemorragias y al tratamiento quirúrgico posterior, conforme a los citados informes, serían probablemente consecuencia, bien de la medicación, bien del estrés postoperatorio, pese a haberse indicado en el primer caso protectores gástricos. Tampoco de este informe cabe deducir infracción de la *lex artis*.

Todo ello nos permite concluir que no hay pruebas que conduzcan a pensar con una mínima seguridad que se infringió la *lex artis ad hoc*, como ya se ha señalado, procediendo en consecuencia desestimar la reclamación formulada.



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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