



Tribunal Superior de Justicia de Madrid
Sala de lo Contencioso-Administrativo
Sección Décima

C/ Génova, 10 - 28004

33009330

NIG: 28.079.33.3-2010-0154385



(01) 30028037172

Procedimiento Ordinario 484/2010

Demandante: D./Dña.

PROCURADOR D./Dña. PALOMA SOLERA LAMA

Demandado: COMUNIDAD DE MADRID

LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

PROCURADOR D./Dña. FRANCISCO ABAJO ABRIL

SENTENCIA N° 510/2012

Ilmos. Sres.:

Presidente:

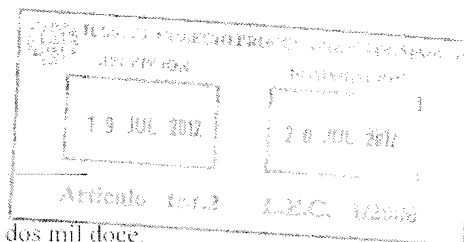
D^a. María del Camino Vázquez Castellanos.

Magistrados:

D^a. Francisca Rosas Carrión.

D^a. Emilia Teresa Díaz Fernández.

D^a. M^a Jesús Vegas Torres.



En la Villa de Madrid, a nueve de julio de dos mil doce.

VISTO el recurso contencioso administrativo número **484/10** seguido ante la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, interpuesto por doña _____, representada por la Procuradora doña **PALOMA SOLERA LAMA**, contra la desestimación presunta de su reclamación de fecha 5 de junio de 2009 de indemnización por daños y perjuicios por importe de 400.000 euros, como consecuencia del resultado de parapleja por ella sufrido, contra el Servicio Madrileño de Salud de Madrid, en concepto de responsabilidad patrimonial.

Ha sido parte demandada la **COMUNIDAD DE MADRID**, representada y defendida por el **LETRADO DE LA COMUNIDAD DE MADRID**, y codemandada



presentada por el
Procurador don FRANCISCO JOSE ABAJO ABRIL.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Interpuesto el recurso, se reclamó el Expediente a la Administración y siguiendo los trámites legales se emplazó a la parte recurrente para que formalizase la demanda, lo que verificó mediante escrito, obrante en autos, en el que hizo alegación de los hechos y fundamentos de Derecho que consideró de aplicación y terminó suplicando que se dictara Sentencia estimando el recurso contencioso-administrativo interpuesto.

SEGUNDO.- El Letrado de la Comunidad de Madrid, en representación de la Administración demandada y la codemandada
representada por el Procurador D. FRANCISCO JOSE ABAJO ABRIL contestaron y se opusieron a la demanda de conformidad con los hechos y fundamentos que invocaron, terminando por suplicar que se dictara Sentencia que desestime el recurso y confirme en todos sus extremos la resolución recurrida.

TERCERO.- Terminada la tramitación se señaló para votación y fallo del recurso la audiencia del día 20 de junio del año en curso, fecha en la que han tenido lugar.

Ha sido Ponente la Ilma. Sra. D^{ña}. M^{ra}. del Camino Vázquez Castellanos, quien expresa el parecer de la Sección.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente recurso contencioso-administrativo interpuesto por doña
contra la desestimación presunta de su reclamación
formulada de fecha 5 de junio de 2009 al Servicio Salud sobre
responsabilidad patrimonial por importe de 400.000 euros en concepto de indemnización por
daños y perjuicios sufridos.

Frente a la citada resolución se alza en esta instancia jurisdiccional doña
solicitando se dicte sentencia por la que se declare la



responsabilidad patrimonial de la administración demandada por los daños ocasionados y se condene a la misma a indemnizarle en la cantidad citada de 400.000 euros, con expresa imposición de las costas procesales. En esencia, y en apoyo de su pretensión, la actora alega que está claro que como consecuencia de la intervención de los servicios públicos sanitarios se le ha producido un daño que no tenía el deber jurídico de soportar al no ser un daño inherente al tratamiento prestado: que el día 23 junio 2008, cuando contaba con 76 años de edad, ingresó en el servicio de traumatología del Hospital de Madrid para ser sometida, de forma programada, a una artroplastía total de rodilla derecha; que la intervención se realizó el día 24 de junio bajo anestesia regional combinada (intradural-epidural), y se le colocó un catéter epidural a nivel L3-L4; que una vez realizada la operación fue derivada al Servicio de Reanimación donde permaneció hasta las 23:30 horas, siendo visitada por sus familiares que comprobaron su buen estado general; en reanimación, la Unidad de Dolor Agudo postoperatorio, UDA, pautó perfusión continua de Chirocane con fentanilo y por vía endovenosa se le administraron analgésicos; que a su llegada a planta, el día 24 de junio, la paciente estaba consciente y orientada, hemodinámicamente estable y, entre otros, se le administró la analgesia pautada por la UDA con carácter epidural, presentando buena movilidad temperatura y sensibilidad distal, con vendaje limpio y sin signos de sangrado; que en la noche del día 24 al 25 junio los familiares permanecieron con la paciente y por la noche tuvieron que avisar al médico de guardia porque la perfusión de la analgesia había concluido, tardando mucho tiempo en llegar el facultativo; en la mañana del día 25 de junio, a las 11 horas la enfermera se percató de la existencia de bloqueo motor completo de ambas piernas, más intenso en la pierna izquierda, la cual no había sido intervenida, conservando la paciente la movilidad de los dedos del pie derecho hasta que unos minutos más tarde dejó de tener sensibilidad y movimiento en la pierna derecha, acompañando a dicho cuadro clínico desorientación y somnolencia; que la UDA decidió suspender la perfusión durante dos horas y reevaluar pasado ese tiempo aunque mantuvo colocado el catéter epidural; que a pesar de que el bloqueo persistía en ambas piernas la paciente no fue valorada ni al final de la mañana ni durante toda la tarde del día 25 y no fue sino hasta las ocho de la tarde cuando fue examinada por el neurólogo de guardia quien constató el bloqueo completo ordenando la práctica de una RMN y la suspensión del tratamiento con Clexane hasta conocer los resultados de dicha prueba; el diagnóstico del neurólogo de guardia fue paraplejía flácida con anestesia completa y nivel sensitivo en D 11 y D 12 así como abolición de los reflejos osteotendinosos en ambas

piernas; que a última hora de la noche y a la vista de la inexistencia de hematoma subdural que pudiera estar causando compresión, se reinició el tratamiento con Clexane manteniendo el catéter epidural; que en la noche siguiente no experimentó ninguna mejora, antes al contrario, presentó incontinencia de esfínteres, situación en la que se mantuvo el resto de la mañana del día 26 de junio decidiéndose entonces, más de 48 horas después de colocado, la retirada del catéter epidural; que en la mañana del día 27 de junio se decidió la práctica de punción lumbar cuyo resultado fue negativo, siendo valorada por la tarde por el neurólogo de guardia que prescribió la realización de analítica completa y gasometría; que en los días siguientes se realizaron diversas pruebas que descartaron que la paraplejía que sufría la paciente fuera de origen infeccioso; que la paciente estuvo hospitalizada hasta el día 13 de agosto de 2008, en total 52 días, y que el diagnóstico al alta fue de paraplejía severa idiopática, es decir, sin causa conocida, siendo trasladada el día 13 de agosto al hospital de parapléjicos de Toledo para recibir tratamiento un rehabilitador, permaneciendo en dicho centro hasta el día 27 enero 2009, fecha en la que fue dada de alta sin haber experimentado ninguna evolución favorable habiéndosele sido concedida una plaza en una residencia concertada situada a más de 50 km del domicilio de sus familiares más cercanos; que con fecha 29 de septiembre de 2009 se le ha reconocido un 77% del grado de minusvalía por paraplejía; que su situación es irreversible precisando el concurso de una tercera persona para la realización de las actividades básicas de su vida cotidiana; que el relato fáctico que se realiza está de acuerdo con el informe de la inspección en el cual se concluye que existe una relación de causa a efecto entre la anestesia y la situación clínica en la que quedó la paciente aunque no es posible determinar la causa que pudo producir ese resultado desproporcionado.

Estima la actora que es evidente que el resultado que se ha producido es en sí mismo desproporcionado sin que los facultativos a cuyo cargo estaba hayan podido dar una explicación del daño producido y que en casos como el presente en los que el resultado desproporcionado existe una presunción de defectuosa prestación del servicio y obliga a invertir la carga de la prueba. Se afirma en la demanda que es un hecho no controvertido que se trató de una complicación quirúrgica y si a ello se añade la ausencia de justificación por parte de los facultativos de la causa de dicha complicación, se revela la penuria negligente en la utilización conveniente y temporánea de los medios empleados según el estado de la ciencia y las circunstancias de tiempo y lugar. También se afirma que no se ha producido ninguna información ni verbal ni escrita de los riesgos y posibles complicaciones que podría entrañar la intervención quirúrgica y menos aún la de sufrir un infarto global que



le dejara en situación de tetraplejia irreversible, por lo que se le debió de haber informado de manera clara, explícita y concluyente a fin de intentar un tratamiento conservador, asumir el riesgo o bien esperar el curso natural de los acontecimientos, y que en este caso es reprochable que el personal médico informara únicamente que se trataba de una operación sencilla y solucionaría los problemas de deambulación de la paciente, y que se le privó del derecho a recibir una información completa lo que incidió en su libertad para, en su caso, desistir de la intervención; que el proceso asistencial ha sido defectuoso y que doña Felisa resultó lesionada debido a una falta absoluta de diligencia y de información y, en consecuencia, debido al mal funcionamiento de la administración.

Por su parte, la Comunidad de Madrid, así como

se opusieron a la estimación de la demanda solicitando su desestimación en atención a los argumentos que constan en sus respectivos escritos de oposición. Mantienen que el proceso asistencial prestado ha sido en todo momento conforme a la lex artis, por lo que no concurre el daño antijurídico, y no cabe estimar la responsabilidad patrimonial de la Administración pública. Se pone a la cuantificación del daño reclamado por ser excesivo; e interesa la desestimación del recurso.

SEGUNDO.- Debemos continuar diciendo en la presente resolución que la actora, a fin de acreditar sus alegaciones, aportó al presente proceso como prueba pericial médica, un informe pericial elaborado con fecha de 26 la actora junio de 2011 en el cual el perito por ella propuesto concluye que se ha producido una "deficiente actuación de los servicios asistenciales, produciéndose un resultado en absoluto desproporcionado al que comparativamente suele ser el usual. Además de ello, desde el punto de vista médico existe una directa relación de causalidad entre la administración del anestésico local y el daño medular que sufre la paciente". En dicho informe y en la tercera de sus conclusiones se dice que a pesar de que la UDA el día 25 de junio, decidió suspender la perfusión durante dos horas y de evaluar pasado ese tiempo mantuvo colocado el catéter epidural y la paciente no volvió a ser examinada hasta la noche y resulta evidente una falta absoluta de vigilancia y que el catéter no fue retirado hasta el 26 la actora junio, más de 48 horas después de su colocación; también se afirma que de ninguna manera a la vista de los resultados radiológicos y analíticos, puede afirmarse que la etiología vascular (isquemia) sea la causa más probable de la complicación surgida, y que puede afirmarse que la administración de I.-



Bupivacaína en perfusión continua pueda ser la causante directa del daño medular, estando descrito como efecto secundario del Chirocane, máxime cuando no se retira el catéter, aconsejan los numerosos trabajos científicos existentes al respecto, y que no consta que se informara a la paciente o sus familiares de esta posibilidad. Estima dicho perito que la lesión padecida por doña Felisa es consecuencia directa del tratamiento con analgesia postoperatoria mediante bloqueo nervioso con L-Bupivacaína (Chirocane) administrado a través del catéter epidural, y que habiendo iniciado los primeros síntomas 12 horas después del inicio de la perfusión no fue correctamente evaluada dado que se mantuvo dicho catéter a pesar de que la lex artis médica indicaba su retirada inmediata y no consta que fuera evaluado correctamente su situación por la unidad del dolor agudo responsable de la vigilancia de este tipo de analgesia postoperatoria durante todo el día 25 de junio, siendo la retirado el catéter en la mañana del día siguiente, día 26. Explica el citado perito que el cuadro que presentaba la paciente es muy sugerente de toxicidad directa debido a anestésico local y que se puede llegar a la clara conclusión de que la administración de la L-Bupivacaína en perfusión continua es la causante directa del daño medular, máxime cuando no existió una vigilancia continuada de la paciente durante todo el día 25 junio en la que, a pesar de que la lógica indicaba la retirada del catéter, no sólo no se retiró sino que únicamente se suspendió la perfusión unas dos horas.

Por otra parte, debemos continuar señalando que la code demandada

... aportó informe médico pericial fechado el 23 de abril de 2010 en el cual se expresa que la atención prestada a la paciente y en relación con el tratamiento quirúrgico y la complicación que ocurre en el posoperatorio (paraplejía) fue acorde a la lex artis no hallándose indicios de conducta negligente ni mala praxis por parte del personal asistencial. En el citado informe se expresa que se realizó a la paciente un estudio preanestésico no encontrando ninguna contraindicación para la administración de la anestesia y estimando el riesgo anestésico como "ASA II", por lo cual no era posible prever la complicación que posteriormente ocurrió, esto es, la paraplejía, informando la paciente del procedimiento anestésico así como de sus riesgos y complicaciones, afirmando el correspondiente consentimiento informado personalizado; que la intervención quirúrgica transcurrió sin incidencias ni complicaciones habiendo recuperado la paciente la movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores tras la práctica de aquella, no existiendo relación temporal entre la administración de la anestesia y la complicación que posteriormente

ocurre, y que tras la intervención se administró analgesia epidural sin incidencias ni complicaciones; que al día siguiente de la intervención quirúrgica apareció de forma brusca una paraplejía flácida, como anestesia completa y arreflexia, complicación que se diagnostica cuando aparece, no mejorando a pesar del tratamiento. En el citado informe, y en la cuarta de sus conclusiones, se expresa que no es posible determinar la causa de esta complicación, siendo la etiología vascular (isquemia) la más probable, y que no se puede descartar con total seguridad una reacción de toxicidad aguda a la anestesia, complicación excepcional, imprevisible e inevitable, cuya aparición no se relaciona con una mala técnica anestésica o analgesia epidural. En las explicaciones previas en el citado informe se dice que las posibles causas del cuadro de shock medular que se barajaron como probables fueron la vascular (isquemia), la infecciosa y la tóxica, pero que no es posible determinar cuál de ellas es la causante aunque la mayoría de los especialistas que valoraron a la paciente apuntaron a la causa vascular como la más probable posiblemente por los factores de riesgo cardiovascular de la paciente, edad y formas de aparición, brusca tras una recuperación completa de movimiento y sensibilidad posterior a la intervención quirúrgica. Que la isquemia medular es una complicación vascular descrita de forma muy excepcional tras diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas y cuya aparición es excepcional imprevisible en la mayoría de los casos y que su aparición en este caso no se puede relacionar con la administración de la anestesia intra operatoria ni el tratamiento analgésico epidural posterior. En cuanto a la causa infecciosa, la evolución posterior de la paciente descarta este posible diagnóstico. Y que siendo la otra causa probable la tóxica/química (reacción de toxicidad aguda a la anestesia) que se indica como probable en un comentario evolutivo del día 23 de julio de 2008, constituye una complicación excepcional por una reacción anormal a los anestésicos siendo su aparición irreversible e inevitable, sin que su aparición implique una mala técnica anestésica o analgésica. Se explica en el citado informe que la complicación se detecta al día siguiente de la intervención, la cual aparece de manera brusca, siendo valorada inicialmente por los anestesiólogos ante la posible relación con analgesia epidural, quienes proceden a suspender la misma, y ante la persistencia de los síntomas la paciente es valorada por el especialista en neurología, después también por neurocirugía, realizándose una resonancia magnética urgente para descartar la compresión medular aguda (hemorragia o hematoma, principalmente), prueba que descartó la existencia de lesiones ocupantes de espacio y no permite diagnosticar la causa de la complicación. En cuanto al resumen de la historia clínica el informe cita que el día 25 de junio de 2008, sobre



las 11 horas de su mañana, la paciente presentó sensación de acorchamiento brusco en ambos miembros inferiores y debilidad, así como imposibilidad para moverlos, siendo valorada por los anestesiólogos que suspenden la perfusión epidural y la reevalúan pasadas unas dos horas objetiva no un bloqueo motor completo y bilateral, por lo cual se avisa al especialista en neurología.

Debemos continuar señalando que consta en el expediente administrativo el informe elaborado en su seno, por la Inspección Sanitaria así como por los servicios intervinientes en el proceso asistencial a la actora, entre ellos el informe del servicio de anestesiología/unidad de dolor agudo. El informe de la Inspección Sanitaria y en lo que resulta de mayor relevancia para el caso, expresa siguiente: que la paciente fue informada en la consulta preanestésica y el consentimiento para la práctica de anestesia intra y epidural; que el consentimiento figura en la historia aunque en el mismo no figura como posible complicación la paraplejia; que la paciente fue atendida según los procedimientos para control del dolor postoperatorio del hospital; que las soluciones administradas fueron preparadas por el servicio de farmacia y que se realizaron medidas preventivas para evitar complicaciones asociadas a la administración de anestésicos epidural es como son la dosis test y el alta en reanimación comprobando ausencia de bloqueo motor, y también se utilizaron bombas electrónicas que aseguran que la velocidad de infusión es la correcta; que, por otra parte, se tomaron las medidas oportunas (resonancia magnética, analítica, serología, electromiograma, etc.) para tratar de buscar la causa de este cuadro tan devastador sin que se pudiera llegar a encontrar la etiología o causa del proceso. Considera la inspección médica que en este cuadro de paraplejia idiopática existe una relación de causa efecto entre la anestesia y la situación clínica en la que quedó la actora aunque no es posible determinar la causa que pudo producir este resultado tan desproporcionado. En sus conclusiones afirma el inspector médico que no puede pronunciarse si la asistencia prestada en el Hospital Madrid a la paciente fue correcta o no, por no poder precisar la etiología de la paraplejia.

El referido informe y en relación a los hechos que se califican como hechos ha averiguado los se dice que la paciente fue intervenida de una prótesis total de rodilla derecha, siendo de aplicada anestesia regional combinada mediante un set de intradural- epidural, sin que se evidenciaron parestesias durante la punción ni evidencia de sangrado, iniciándose la analgesia epidural tras la realización de dosis test de lidocaína a través del catéter perimedular tras reversión del bloqueo motor inducido por la anestesia intradural, siendo dada de alta de reanimación a las 23:30 horas con evidencia de estabilidad hemodinámica y



buena movilidad de las extremidades inferiores, y que durante sería un anestesiólogo acudió a planta para cambiar la bolsa de la solución analgésica porque la bolsa inicial se había terminado; que a la mañana siguiente al presentar la paciente un bloqueo motor bilateral de las extremidades inferiores, y una vez explorada, se suspendió la infusión epidural para reevaluar a la paciente transcurridas dos horas y que en la nueva evaluación sea objetivo paraplejía flácida bilateral decidiéndose realizar una RNM para descartar como causa probable un hematoma perimedular y avisar al neurólogo para su evolución y seguimiento selectivo, siendo el informe de la resonancia negativo para masas ocupantes en canal medular, y tras estudios complementarios realizados en días sucesivos, tales como, electromiograma, punción lumbar, cultivos para herpes, bacterias y nueva resonancia con contraste, se diagnosticó el cuadro clínico como una poliradiculitis lumbosacra bilateral grave asociada a la analgesia epidural.

El referido informe explica también en qué consiste la anestesia epidural así como el procedimiento para la administración del anestésico, mediante una punción en la columna vertebral, a nivel lumbar, con una aguja a través de la cual se colocó un catéter en el espacio epidural, catéter que permite administrar fármacos o instaurar perfusión continua. Se afirma que la aparición de complicaciones postoperatorias a la anestesia epidural es relativamente frecuente en ocasiones pueden ser graves siendo raros los casos que condicionan una situación de invalidez total o parcial. Al enumerar las complicaciones más habituales, y entre otras, se citan las complicaciones neurológicas que se manifiestan en forma de paraplejía, entre otras, las cuales han sido relacionadas con factores tales como la toxicidad de los anestésicos locales, sus aditivos u otros fármacos usados en la anestesia, estenosis del canal, etc. en el punto cuatro de su informe se refiere a determinada bibliografía y estudio de incidencia de la citada técnica con las lesiones permanentes y que refiere una incidencia de 1,8/100.000 en referencia a la paraplejía y muerte.

Consta también en el expediente administrativo, a los folios 162 y siguientes, el informe elaborado por la unidad de dolor agudo/servicio de anestesiología, y en el cual se dice que la actuación del servicio de anestesiología fue en todo momento correcta tanto durante la anestesia como en su control analgésico mediante una infusión epidural con anestésico local y que la paciente dio su consentimiento para la práctica de una anestesia intra y epidural; que las soluciones administradas fueron preparadas por el servicio de farmacia y que se realizaron medidas preventivas para evitar complicaciones asociadas a la administración de anestésicos locales epidural es como son la dosis test y el alta de

reanimación comprobando ausencia de bloqueo motor, y se utilizaron bombas electrónicas a fin de asegurar que la velocidad fusión es la correcta. Explica también que disponen de un algoritmo específicos para cuadros clínicos como el acaecido por ser en el campo de la anestesia regional una de las complicaciones más devastadoras, lo cual explica la demora de dos horas para realizar la resonancia magnética (es el tiempo en el que la vida media del anestésico local justifica una caricia motora) y la no retirada del catéter durante el período de orientación diagnóstica (las pruebas de imagen pueden permitir la localización exacta del catéter). Se explica que no se consideró necesario reducir la los set de intra y epidural ya que estos equipos proporcionan más seguridad por ser las agujas más idóneas para la realización de dicha técnica.

TERCERO.- Debemos continuar el análisis del presente recurso señalando lo que, de conformidad con la acción ejercitada y expresada en la demanda, se ha fijado como hechos de los cuales se deriva la razón de pedir por parte de la recurrente, pues es necesario tomar en consideración lo que se expresa por la recurrente como causa o razón de pedir. Así debemos decir que cuando la actora se refiere a los actos médicos responsables cita tres aspectos:

1.- Que se ha producido un resultado evidentemente desproporcionado que supone una inversión de la carga de la prueba: es un hecho no controvertido, afirma, que se trató de una complicación postquirúrgica, sin que por parte de los facultativos se haya justificado la causa de dicha complicación, lo cual revela la penuria negligente de la utilización conveniente extemporánea de los medios empleados según el estado de la ciencia y circunstancias de tiempo y lugar;

2.- Falta de información, ni verbal ni escrita, de los riesgos y posibles complicaciones que podría entrañar esta intervención de colocación de prótesis total de rodilla y menos aún la de sufrir un infarto global que le dejara en situación de tetraplejía irreversible, manifestando que de haber conocido que podría quedar en la situación que ha quedado, nunca se hubiera sometido a dicha operación, y que en este caso es reprochable que el personal médico le informara de que se trataba de una operación sencilla que solucionaría sus problemas de deambulación;

3.- Retraso en la retirada del catéter: a pesar de estar suspendida la analgesia la paciente permaneció con el catéter hasta la mañana del día 26 de junio, y que a pesar de que en la mañana del día 25 de junio la paciente tenía falta de sensibilidad en las piernas, en el

transcurso de la tarde el bloqueo fue completo y la paciente no volvió a ser valorada hasta primera hora de la noche, lo que revela una deficiente atención.

Resulta, por tanto, que la actora vincula la causación del daño desproporcionado por ella sufrido con la complicación postquirúrgica de operación de rodilla derecha; que lo que califica como una falta de información lo relaciona con la intervención quirúrgica que le fue practicada el día 24 de junio, operación que los médicos que le atendieron le manifestaron que se trataba de una sencilla operación que le permitiría solucionar sus problemas de movilidad; y, en tercer lugar, que estima que constituye una falta de diligencia el hecho de que no se le hubiera retirado el catéter epidural con anterioridad, pues afirma que a pesar de estar suspendida la analgesia en el posoperatorio permaneció con el catéter hasta la mañana del día 26 de junio.

CUARTO.- El régimen de responsabilidad patrimonial de la Administración en el Derecho español, con fundamento en el artículo 106 de la Constitución Española, se presenta como uno de los más avanzados en el Derecho Comparado en el sentido de configurar un régimen de responsabilidad objetiva y directa de las Administraciones Públicas (STS de 13 de marzo de 1989, 23 de octubre de 1990, por todas), que se exige no sólo en los casos de funcionamiento anormal del servicio público (entendido éste en sentido amplio como toda actividad que se desarrolla en el ámbito de la organización administrativa, no en el sentido restringido de prestación ofrecida al público, STS de 28 de enero de 1993, 23 de marzo de 1992, 28 de mayo de 1991, 10 de junio de 1986, por todas, rindiendo con ello a la concepción de la doctrina francesa del servicio público) sino también en los de funcionamiento normal, lo que permite excluir únicamente la fuerza mayor, pero no el caso fortuito.

En el ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, dice la STS, del 20 de Julio del 2011 “esta Sala y Sección en sentencias entre otras las de 27.11.2002, 20.11.2002, 17.1.2001, y el Tribunal Supremo entre otras, como las de 9.3.1998, 14.10.2002, 19.7.2004, han venido proclamando que la obligación del profesional médico es siempre de medios, no de resultados; siendo así que la jurisprudencia ha descompuesto esta obligación en los siguientes deberes: A/ Utilizar cuantos medios conozca la ciencia médica y estén a su disposición en el lugar donde se produce el tratamiento, realizando las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean

como usuales. B/ Informar al paciente del diagnóstico de la enfermedad y del pronóstico.
C/ Continuar el tratamiento al enfermo hasta que pueda ser dado de alta advirtiéndole de los riesgos de abandono del tratamiento.

A ello debe unirse la muy consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en STS como las de 19.7.2004 , 14.10.2002 , 22.12.2001 , 7.6.2001, (y que resulta también de la doctrina del Consejo de Estado) según la cual, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la "lex artis" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha "lex artis" respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

Y también hemos dicho que el criterio de la "lex artis" es un criterio de normalidad de los profesionales que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida o "lex artis". Este criterio es fundamental, pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha "lex artis". De exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "lex artis". Y todo ello sobre la base de la aplicación de criterios de causalidad adecuada a la hora de determinar dicha relación de causalidad entre el daño producido y la actuación desempeñada (STS de 28.11.1998, por todas)".

Estamos pues ante un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de

actuar con arreglo a la diligencia debida: criterio que es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción del repetido criterio: prescindir del mismo conllevaría una excesiva objetivización de la responsabilidad que podrían declararse con la única exigencia de existir una lesión efectiva, sin necesidad de demostración de la infracción del criterio de normalidad, debiendo no obstante recordarse la denominada doctrina del daño desproporcionado como conformadora de responsabilidad patrimonial (SSTS de 20 de junio de 2006, ó 6 de febrero y 10 de julio de 2007) referida a los casos en que el acto médico produce un resultado anormal e inusualmente grave y desproporcionado en relación con los riesgos que comporta la intervención y los padecimientos que se trata de atender. En este sentido las SSTS, Sala 1ª, de 23 de octubre de 2008 y 8 de julio de 2009, señalan que el daño desproporcionado, o resultado "clamoroso", es "aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional y obliga al médico a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria. Se le exige una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida, de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia. La existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el "onus probandi" de la relación de causalidad y la presunción de culpa", si bien la STS 2 de enero de 2012 matiza en los casos "donde el resultado se presenta como una opción posible no es posible aplicar la doctrina del daño desproporcionado, ya que el resultado insatisfactorio se relaciona con la intervención y tratamiento aplicado".

Establece reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo, entre otras, en Sentencia de 29 de junio de 2011, que: "En todo caso, ni aún por esa vía incidental podríamos acoger el motivo, pues esa jurisprudencia trasladada al ámbito de la acción de responsabilidad patrimonial que enjuicia este orden jurisdiccional contencioso-administrativo, se condensa en la afirmación de que la Administración sanitaria debe responder de un daño o resultado desproporcionado, ya que éste, por sí mismo, por sí sólo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla "res ipsa loquitur" (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla "Anscheinsbeweis" (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la "faute virtuelle" (culpa virtual), que significa que si se produce un

resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción." Y en Sentencia de 9 de marzo de 2011 precisa: "En todo caso la sentencia no ha vulnerado ese principio porque valorando la prueba no entiende que se haya producido esa circunstancia de existir un daño desproporcionado por cuanto es jurisprudencia reiterada de esta Sala la que expresa que no resulta adecuada la invocación de la doctrina del daño desproporcionado a efectos probatorios, cuando la lesión padecida por la interesada como consecuencia de la intervención a que fue sometida constituye un riesgo propio de la misma en un porcentaje considerable, como informan los peritos, de modo que lo ocurrido no puede considerarse como un daño desproporcionado atendiendo a las características de la intervención que se practicó."

La doctrina del daño desproporcionado se trata de una creación jurisprudencial para atribuir la responsabilidad dada la dificultad probatoria que en determinados casos acontece. Se trata, pues, de una presunción probatoria desfavorable para los profesionales de la medicina cuando el daño, por su desproporción con lo que es usual, revele inductivamente la penuria negligente de los medios empleados, estado de la ciencia y circunstancias de todo tipo que concurran. En estos casos se desplaza la carga de la prueba correspondiéndole al profesional (en este caso, a la Administración) probar que el resultado dañoso no se ha producido por su actuación.

Dice la sentencia del Tribunal Supremo, Civil, sección 1, del 27 de diciembre del 2011, lo siguiente: "El daño desproporcionado no es un criterio de imputación. Es aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional y obliga al profesional médico a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria. Se le exige una explicación coherente acerca del por qué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida, de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia. La existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el "onus probandi" de la relación de causalidad y la presunción de culpa (STS 23 de octubre de 2008, y las que en ella se citan). No puede existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando hay una causa que explica el resultado, al no poder atribuirse a

los médicos cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación (SIS 19 de octubre 2007; 30 de junio 2009; 22 de septiembre 2010)".

En el caso que venimos analizando, tal y como ya hemos expuesto, la actora califica el daño por ella padecido, no sólo de daño antijurídico, que no tiene el deber de soportar, sino que también lo califica como daño desproporcionado, manifestando que no guarda en absoluto relación con la calificación de "sencilla" que tenía la intervención quirúrgica a la que se iba a someter, según le manifestaron los médicos que la estaban atendiendo. Sobre este extremo es necesario realizar una primera precisión dado que en el caso analizado el daño por ella sufrido se vincula, según sus propias manifestaciones, no con la intervención de rodilla a la que se iba a someter, sino con la anestesia que se le iba a aplicar para realizar aquella intervención, de tal modo que es necesario diferenciar los riesgos típicos, o fundamentalmente típicos, de una intervención quirúrgica, en este caso una artroplastia total de rodilla derecha, con los riesgos típicos, o fundamentalmente típicos, del empleo de la anestesia para realizar aquella intervención quirúrgica, pues es indudable que el acto anestésico es, por sí mismo, generador de un riesgo para la vida e integridad física del paciente y como tal es ajeno a la previa dolencia originadora de la intervención quirúrgica, lo que impide confundir la simplicidad de una determinada afección que se trata de solventar con la intervención quirúrgica, que puede ser sencilla y no comportar riesgos para la salud del paciente, con la anestesia, sea general o regional, que comporta en sí misma un riesgo evidente.

No comparte la Administración demandada ni la compañía de seguros que, en calidad de codemandada, se ha personado en las presentes actuaciones, la calificación del daño como daño desproporcionado. Sin embargo, de la lectura de los distintos informes médicos que se han aportado a las presentes actuaciones, así como de los informes que constan en el expediente administrativo y a los que antes nos hemos referido, parece que la calificación de desproporcionado del daño consistente en paraplejía que sufre la actora nos viene dada, sin necesidad de hacer una gran indagación, pues así se han venido refiriendo al mismo los distintos profesionales médicos que por un motivo u otro se han visto en la obligación o en la necesidad de dar su opinión acerca de los hechos ocurridos con motivo de la intervención quirúrgica de la actora. Y, así, la Inspección Sanitaria al elaborar el informe que le fue solicitado en el curso del expediente administrativo iniciado con la reclamación de la actora, se refiere al "resultado desproporcionado", refiriéndose a "este cuadro tan devastador"; el informe pericial de parte aportado por la actora también se refiere, como no podía ser de otra

manera, al resultado desproporcionado; y el informe pericial aportado por la compañía de seguros, también se refiere al carácter excepcional de la complicación surgida, calificando la excepcionalidad de lo acontecido no sólo cuando la causa vascular de lo ocurrido sea la causa más probable a criterio del citado perito, sino también en el supuesto de que hubiera podido tratarse de una complicación anestésica o analgésica epidural.

Aun cuando la calificación jurídica de "desproporcionado" del resultado producido como consecuencia de un acto médico en ocasiones venga referido en la jurisprudencia a los riesgos no típicos de una determinada intervención quirúrgica o acto médico, es lo cierto que la misma jurisprudencia del Tribunal Supremo no permite descartar que en determinadas ocasiones pueda merecer el calificativo de desproporcionado aquel daño que aún cuando pueda constituir un riesgo típico de un acto médico, este riesgo no sea un riesgo habitual, o, en otras palabras, cuando el riesgo de que se produzca una determinada consecuencia sea muy poco frecuente, excepcional, rarísimo, o que se trate de un riesgo que puede acontecer en un porcentaje ínfimo.

Así en la Sentencia del Tribunal Supremo de la Sala 1ª, de 29 de octubre de 2010, se dice lo siguiente: "El daño médico desproporcionado es aquél no previsto ni explicable en la esfera de la actuación profesional médico-sanitaria (SSTS 23 de mayo y 8 de noviembre de 2007). En estos casos en virtud del principio de facilidad y proximidad probatoria, el profesional médico puede estar obligado a probar las circunstancias en que el daño se produjo si se presenta en la esfera de su actuación profesional y no es de los que habitualmente se originan sino por razón de una conducta negligente, cuyo enjuiciamiento debe realizarse teniendo en cuenta, como máxima de experiencia, la necesidad de dar una explicación que recaer sobre el que causa un daño no previsto ni explicable, de modo que la ausencia u omisión de la misma puede determinar la imputación (SSTS de 23 de mayo de 2007, 8 de noviembre 2007; 10 de junio y 23 de octubre 2008)."

A título de ejemplo también la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2006, ó de 6 de febrero y 10 de julio de 2007) se refiere a la doctrina del daño desproporcionado como referida a los casos en que el acto médico produce un resultado anormal e inusualmente grave y desproporcionado en relación con los riesgos que comporta la intervención y los padecimientos que se tratan de atender.

En Sentencia de 9 de marzo de 2011 el Tribunal Supremo precisa "En todo caso la sentencia no ha vulnerado ese principio porque valorando la prueba no entiende que se haya producido esa circunstancia de existir un daño desproporcionado por cuanto es

jurisprudencia reiterada de esta Sala la que expresa que no resulta adecuada la invocación de la doctrina del daño desproporcionado a efectos probatorios, cuando la lesión padecida por la interesada como consecuencia de la intervención a que fue sometida constituye un riesgo propio de la misma en un porcentaje considerable, como informan los peritos, de modo que lo ocurrido no puede considerarse como un daño desproporcionado atendiendo a las características de la intervención que se practicó."

Por ello, y en atención a la doctrina que venimos recogiendo, hemos de estimar que en el caso analizado la calificación como daño desproporcionado de la paraplejía que sufre la actora es la que conviene al caso no sólo si vinculamos ese resultado con la actuación postquirúrgica y, por tanto, con la analgesia epidural que le fue suministrada a la actora, tal y como afirma la recurrente en su demanda, sino también si lo vinculáramos al acto quirúrgico que se practicó con la aplicación de anestesia epidural, al que fue sometida la actora el día 24 de junio de 2008. En ambos casos, la calificación que se realiza en los distintos informes médicos que nos han sido suministrados se refieren a "desproporción" o "resultado devastador".

Consecuentemente estimamos que en este punto en concreto ha de darse la razón a la actora al calificar en su demanda el daño por ella sufrido como daño desproporcionado, por lo que resulta plenamente aplicable la doctrina relativa a la inversión de la carga de la prueba, correspondiendo a la demandada acreditar cumplidamente la corrección en la actuación de los profesionales médicos que han intervenido. En estos casos se desplaza la carga de la prueba correspondiéndole al profesional (en este caso, a la Administración) probar que el resultado dañoso no se ha producido por su actuación.

Por lo tanto procederá analizar si, efectivamente, se ha acreditado por la demandada la corrección en su actuación médica no sólo en las actuaciones posteriores a la detección del acorchamiento brusco de los miembros inferiores, sino también, y fundamentalmente, de las actuaciones anteriores a ese momento y una vez que la paciente fue dada de alta de la reanimación después de la intervención quirúrgica, pues según consta en la historia clínica se continuó suministrando a la paciente analgesia epidural a través del catéter que se le había colocado con ocasión de la intervención quirúrgica, y para mitigar los dolores de la citada intervención quirúrgica que, según expresan los médicos intervinientes, tal y como consta en el expediente administrativo, conllevaba un posoperatorio doloroso por las características propias de la intervención de rodilla.

Y en este punto debemos recordar que la actora en su demanda no afirma que el resultado desproporcionado esté ligado con un mal hacer del acto quirúrgico sino que expresamente se refiere al resultado desproporcionado vinculado con una complicación post quirúrgica. El informe pericial por ella aportado, sometido a contradicción, y en el que se basa para sustentar sus alegaciones, se refiere en la tercera de sus conclusiones al hecho de que a pesar que la paciente debutó el día 25 de junio con bloqueo motor completo de ambas piernas y de que la Unidad del dolor decidió suspender la perfusión de la analgesia epidural durante dos horas y reevaluar pasado ese tiempo, se mantuvo colocado el catéter y la paciente no volvió a ser examinada hasta por la noche, lo cual denota una falta de vigilancia, y denuncia que el catéter no fue retirado sino hasta el día 26 de junio. En las preguntas que le fueron formuladas en el acto de ratificación el perito insistió en que se mantuvo el catéter y que la perfusión solamente se paró dos horas conclusión que se deriva, en su criterio, del hecho de que no consta en la historia clínica que se hubiera anotado que la perfusión se suspendió completamente ya que en la historia clínica tienen que figurar todos los datos. Dado que no hay ninguna anotación de que la perfusión se suspendiera más tiempo de dos horas ese hecho le permite concluir al citado perito que una vez que transcurrieron las dos horas a las que se refiere el folio 82 del expediente administrativo, la perfusión de la analgesia epidural se reinició y continuó hasta que, finalmente, el día 26 de junio se suspendió definitivamente. Por ello estima que al mantenerse la perfusión de la anestesia transcurridas esas dos horas no se le dio a la paciente la atención debida.

De los datos obrantes en el expediente administrativo la afirmación realizada por el perito no encuentra un sustento probatorio suficiente dado que en la historia clínica no consta que la perfusión de la analgesia epidural se continuara una vez transcurridas esas dos horas en las que los anestesiistas de la clínica ordenaron la suspensión de la misma para reevaluar a la paciente, no constando en la citada historia orden ninguna ni anotación relativa a la reiniciación de la perfusión de la analgesia epidural, aconteciendo, por otra parte, que como el propio perito afirmó, el mantenimiento del catéter no significa necesariamente que se mantenga la perfusión de la analgesia de manera continua. En este sentido debemos de atender a la explicación que por el propio Servicio de Anestesiología se ha ofrecido respecto a la utilidad del mantenimiento del catéter epidural, exponiendo los criterios en atención a los cuales puede ser útil el mantenimiento del catéter, tal y como más arriba hemos recogido en la presente sentencia al citar el informe del citado servicio, y que no es necesario reiterar.

Refiere la actora en su demanda que la paraplejía que sufrió se trata de una complicación post quirúrgica. El informe pericial al que nos acabamos de referir concluye que hay una relación de causalidad directa entre la administración del anestésico local y el daño medular que la paciente sufre, si bien se vincula ese efecto del anestésico local con el hecho de que únicamente se suspendió la perfusión a través del catéter epidural durante dos horas, afirmación que, como antes hemos dicho, no puede estimarse en absoluto acreditada dado que el mantenimiento del catéter no implica necesariamente el mantenimiento de la perfusión como el propio perito reconoció y no consta anotación alguna de la historia clínica de la paciente que indique que la perfusión se reiniciara una vez que se suspendió en la mañana del día 25 de junio.

El informe de la Inspección Sanitaria también considera que el cuadro de paraplejía idiopática sufrido por la paciente tiene una relación de causa efecto entre la anestesia epidural y la situación clínica en la que quedó aun cuando no se pueda precisar la causa o etiología de la paraplejía.

También el informe del Servicio de Anestesiología y de la Unidad del Dolor hace constar que el cuadro clínico de la paciente se asocia a la analgesia epidural.

Por su parte el informe médico pericial presentado por la demandada, al explicar que se barajan como probables del cuadro clínico de la paciente la causa vascular, la infecciosa y la tóxica, afirma que no es posible determinar cuál de ellas es la causante del cuadro que presenta la paciente pero la mayoría de los especialistas que valoraron a la paciente apuntan a la causa vascular como la más probable en atención a que los síntomas por ella presentados debutaron de manera brusca. En el mismo sentido, y a modo de conclusión, en la cuarta de las que se han hecho constar en su informe, se vuelve a afirmar que no es posible determinar la causa de la complicación, paraplejía flácida con anestesia completa y arreflexia, siendo la etiología vascular la más probable, sin que se pueda descartar con total seguridad una reacción de toxicidad aguda a la anestesia, complicación que se define en el citado informe pericial como imprevisible e inevitable y cuya aparición no se relaciona con una mala técnica anestésico o analgésico epidural. El mismo informe refiere que con anterioridad a la intervención quirúrgica se realizó un estudio preoperatorio completo en el que se incluye distintas pruebas no encontrándose ninguna contraindicación para la administración de la anestesia y estimando que el riesgo anestésico de la paciente es "ASA II" (alteraciones sistémicas leves o moderadas, siendo el límite inferior el de un paciente sano). Tras la cirugía la paciente ingresó en la Unidad de Reanimación constando que recuperó la

movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores lo que demuestra que se recuperó sin secuelas de la administración del anestesia intra operatoria, lo que le permite concluir que no existe una relación temporal entre la administración de la anestesia y la complicación que posteriormente surge. Se inicia en la reanimación la analgesia epidural continúa a través del catéter epidural, técnica analgésica que es habitual en este tipo de pacientes debido al importante dolor post quirúrgico que aparece después de la operación.

El informe elaborado por el Servicio de Anestesiología y de la Unidad del Dolor refiere que después de la operación la paciente fue atendida según los procedimientos utilizados para el control del dolor postoperatorio, que las soluciones administradas fueron preparadas por el Servicio de Farmacia del hospital, y que se realizaron medidas preventivas para evitar complicaciones asociadas a la administración de anestésicos locales epidurales tales como la dosis test y el alta de reanimación, la comprobación de la ausencia del bloqueo motor, y la utilización de bombas electrónicas para asegurar que la velocidad de la perfusión es correcta.

También el informe del Servicio de Inspección recoge en qué consistió la anestesia epidural y que la analgesia epidural se inició tras la realización de dosis test tras la reversión del bloqueo motor inducido por la anestesia, y que la paciente fue dada de alta de la reanimación sobre las 23:30 horas, con estabilidad hemodinámica y buena movilidad de las extremidades inferiores, siéndole sustituida por un anestesiólogo la primera bolsa de solución anestésica cuando ésta se terminó. Una vez que debutaron los síntomas de bloqueo motor bilateral de las extremidades inferiores, en la mañana del día 25, se suspendió la infusión epidural para reevaluar a la paciente después de dos horas, tiempo que se estima imprescindible dado que es el tiempo de vida media del anestésico local que pudiera justificar una paresia motora, siéndole realizados posteriormente diversos estudios complementarios, estudios a los que también nos hemos referido más arriba al comentar el contenido del informe de la inspección sanitaria.

El informe médico pericial aportado por la codemandada también recoge que una vez que apreció de forma brusca el cuadro de paraplejía se suspendió la analgesia epidural, y ante la persistencia de los síntomas fue valorada por un especialista en neurología, también por un especialista neurocirugía, realizándose una resonancia magnética con carácter urgente para descartar una compresión medular aguda, prueba que descartó la existencia de lesiones ocupantes de espacio y que no permite diagnosticar la causa de la complicación realizándose,

a su vez, diferentes pruebas complementarias no pudiendo llegar a determinar la causa de la paraplejía.

Aún cuando el contraste entre los informes a los que nos hemos venido refiriendo suscitan dudas interpretativas relativas a la exacta significación de los términos analgesia epidural o anestesia epidural como relación causal con el cuadro que se califica de "tan devastador" que sufrió la actora, el informe del Servicio de Inspección Sanitaria aun cuando dice que no es posible determinar la causa del daño sufrido si afirma que existe una relación de causa a efecto entre la "anestesia y la situación clínica" en la que quedó doña Felisa; el informe del Servicio de Anestesiología y de la Unidad del Dolor dice también que se diagnosticó el cuadro clínico sufrido por doña [redacted] como asociado a "analgesia epidural"; el informe médico pericial aportado por la actora se refiere también a la relación de causalidad entre la administración del anestésico local y el daño medular que sufre la paciente; y el informe médico pericial aportado por la demandada se refiere a la reacción de toxicidad aguda a la anestesia como causa que no se puede descartar con total seguridad como explicación de lo ocurrido, si bien precisa que la complicación sufrida por la paciente, si se tratara de toxicidad, es de carácter excepcional, imprevisible e inevitable, cuya aparición que no se relaciona con una mala técnica ni anestésico epidural ni analgésica epidural.

No consta en los autos una explicación cierta que los distintos peritos que han realizado los informes a los que nos hemos venido refiriendo, nos hayan podido proporcionar acerca del motivo o del porqué se produjo el daño sufrido por doña [redacted]. Tampoco podemos estimar que nos ofrezca una explicación razonable o razonada el informe aportado por la demandante pues como ya hemos expresado las explicaciones contenidas en el mismo, así como las ofrecidas en el acto de ratificación pericial y de aclaración del informe, basadas en que el mantenimiento del catéter permitirá entender que la perfusión a través del mismo continuó a pesar de haber sido suspendida la perfusión de la analgesia en la mañana del día 25 de junio, no resultan convincentes.

La cuestión, por tanto, que en este momento se nos plantea es la de decidir si la parte sobre la que pesa la carga probatoria, parte demandada, ha logrado demostrar a través de las pruebas practicadas que su actuación ha sido diligente respetando en todo momento la *lex artis* o, lo que es lo mismo, y de conformidad con la doctrina que más arriba hemos expuesto a propósito del "daño desproporcionado" si la Administración ha aprobado que el resultado dañoso no se ha producido por su actuación. Y dicha pregunta, a nuestro parecer, debe ser

resuelta en sentido afirmativo pues a través de los informes médicos obrantes en autos, no solamente el informe de parte sino también el informe de Inspección Sanitaria y del Servicio de Anestesiología y de la Unidad del Dolor, se han puesto de manifiesto las medidas que tanto con anterioridad a la administración de la analgesia epidural y una vez que la paciente salió de reanimación, así como las medidas que se tomaron una vez que debutaron de manera brusca los síntomas de acorchamiento de las extremidades inferiores, fueron las correctas y las establecidas según el protocolo para el tipo de anestesia y de analgesia que iba a ser utilizada. También con anterioridad al acto quirúrgico se practicaron pruebas necesarias a la paciente relativas a la tolerancia de la anestesia epidural, firmandose por ésta el correspondiente consentimiento informado; y también una vez que concluyó el acto quirúrgico y una vez que la paciente estuvo reanimada, y antes de iniciar la perfusión de la analgesia epidural, se realizaron pruebas y test de tolerancia a dicha analgesia; por otra parte y nada más que debutaron los primeros síntomas en la mañana del día 25 de junio se tomaron inmediatamente medidas como fue, en primer lugar, suspender la perfusión por vía epidural de la analgesia que en ese momento se estaba suministrando a la paciente para valorarla una vez que transcurrieran dos horas desde la suspensión de la misma y, con posterioridad consta que se le practicaron resonancias magnéticas, electromiogramas y otras pruebas complementarias para conocer la causa concreta de la lesión que la paciente en ese momento sufría, y a pesar de las mismas no se pudo llegar a conocer el origen de la misma. Aun cuando el perito propuesto por la codemandada reconoció cierta tardanza en la realización de la resonancia magnética cuya realización se acordó de manera urgente una vez que debutaron aquellos síntomas, es lo cierto que habida cuenta del resultado negativo de la misma, no se puede afirmar que dicho retraso generara un retraso relevante en el diagnóstico o tratamiento de la dolencia que a través de la citada prueba se hubiera podido realizar. En este sentido es necesario también reiterar que la actora no nos explica cuáles hubieran debido de ser las medidas que hubieran debido de adoptarse tanto en el momento en el que debutaron de forma brusca los síntomas en la mañana del día 25 de junio, ni tampoco las medidas que hubieran debido adoptarse antes de ser suministrada a la paciente la analgesia epidural, por tanto, desconocemos cuáles son las medidas o los medios que la Administración demandada no empleó u omitió para impedir que se produjera el resultado que desgraciadamente aconteció. Sin embargo la demandada y a través de los diferentes informes obrantes tanto en el expediente administrativo, como en el informe pericial aportado por la cual demandada, se nos explica que además de las pruebas que a la paciente

se le realizaron antes de la administración del anestesia epidural (cuestión ésta que debemos recordar no ha sido puesta en tela de juicio por la demandante) así como las pruebas que se realizaron antes de administrar a la paciente la analgesia epidural. Y así se nos explica que las soluciones administradas fueron preparadas por el Servicio de Farmacia del Hospital y que se adoptaron medidas preventivas para evitar complicaciones asociadas a la administración de anestésicos locales epidurales como son la dosis test, el alta de reanimación comprobando la ausencia de bloqueo motor, y la utilización de bombas electrónicas para asegurar que la velocidad de perfusión era la correcta; comprobándose en ese mismo momento que la paciente tenía buena estabilidad hemodinámica y buena movilidad de las extremidades inferiores, constando que la paciente fue dada de alta de la reanimación a las 23:30 horas del día 24 de junio; también se nos explica que una vez que debutaron los síntomas de acorchamiento en la mañana del día 25, la primera medida adoptada fue la suspensión de la perfusión de la analgesia, solicitándose inter consultas a la UDA y Servicio de Anestesia, y de Neurología, realizándose distintas pruebas complementarias como punción lumbar, cultivos para herpes, bacterias que fueron negativos, serología para borreliosis, brucela y sífilis negativas, RNM negativo para masas ocupantes de espacio en canal medular, y distintos electromiogramas. Por ello ha de estimarse acreditado que el resultado dañoso, calificado de desproporcionado, que sufre la actora, no se ha producido por falta de diligencia o infracción de la lex artis por parte de la administración demandada.

Citando la sentencia de 29 de junio de 2011 del Tribunal Supremo, y en la sentencia de 26 de junio de 2008, dictada en el recurso de casación núm. 4429/2004, que "...es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas citaremos las Sentencias de 20 de Marzo de 2007 (Rec. 7915/2003), 7 de marzo de 2007 (Rec. 5286/03) y de 16 de Marzo de 2005 (Rec. 3149/2001) que "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 la 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 beneficioso para el paciente", o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso".

En la de 7 de julio del mismo año, dictada en el recurso de casación núm. 4776/2004, el Tribunal Supremo ha dicho que "La responsabilidad de las administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa [por todas, véanse las sentencias de esta Sala de 11 de mayo de 1999 (casación 9655/95, FJ5º), 24 de septiembre de 2001 (casación 4596/97, FJ5º), 23 de noviembre de 2006 (casación 3374/02, FJ5º), 31 de enero de 2008 (casación 4065/03, FJ2º) y 22 de abril de 2008 (casación 166/05, FJ3º)], se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso [sentencias de esta Sala de 16 de marzo de 2005 (casación 3149/01, FJ3º), 20 de marzo de 2007 (casación 7915/03, FJ3º) y 26 de junio de 2008 (casación 4429/04, FJ 3º)]. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril)] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la Ley 30/1992); nada más y nada menos".

CUARTO.- Pasamos ahora a examinar la alegación formulada por la actora según la cual ha habido falta de información habida cuenta de que ni de forma verbal ni por escrito se le han comunicado los riesgos y posibles complicaciones que podría entrañar la intervención a la que se iba a someter de colocación de prótesis total de rodilla y menos aún la de sufrir un infarto global que le dejara en situación de tetraplejía irreversible, manifestando la actora que de haber conocido que podría quedar en la situación que ha quedado, nunca se hubiera sometido a dicha operación, y que en este caso es reprochable que el personal médico informara de que se trataba de una operación sencilla y que solucionaría los problemas de deambulación de la paciente.

Según consta en el expediente administrativo la actora firmó los correspondientes documentos de consentimiento informado con anterioridad a la intervención quirúrgica,

firmando tanto el consentimiento informado de la intervención de traumatología y cirugía ortopédica, como la firma del consentimiento informado de anestesiología. No se cuestiona la firma de tales documentos por la actora. Así recoge en los distintos informes médicos obrantes en el expediente administrativo así como en los informes periciales médicos aportados a las presentes actuaciones por las partes.

Para resolver esta cuestión debemos de realizar una inicial precisión y es que en este punto en concreto la actora afirma que existe una infracción de la lex artis porque respecto al acto quirúrgico no se le informó de manera suficiente y, en concreto, no se le suministró una información de que pudiera acontecer el riesgo que finalmente ocurrió, esto es, la parálisis de extremidades inferiores. Tampoco se pone en duda ni se cuestiona, que el documento de consentimiento informado que respecto a la anestesia que se le iba a suministrar a la actora en el curso de la intervención quirúrgica de rodilla, que el documento de consentimiento informado no recogía entre sus riesgos o posibles complicaciones la paraplejía. En sus alegaciones la actora manifiesta, tal y como ya hemos dicho, que de haber conocido que podría quedar en la situación que ha quedado, nunca se hubiera sometido a dicha operación.

Es en este aspecto en el que la Sala estima que procede aceptar las conclusiones del informe del Servicio de Inspección Sanitaria dado que es el informe en el que recoge con más detalle la cuestión relativa a las características y riesgos de la anestesia epidural. El citado informe refleja que la paciente fue informada en la consulta preanestésica de los riesgos de la misma y que dio el consentimiento para la práctica de la anestesia intra y epidural, si bien el consentimiento que figura en la historia clínica no contempla como posible complicación de la misma la paraplejía. También señala que la aparición de posibles complicaciones postoperatorias de la anestesia epidural es relativamente frecuente y que en ocasiones pueden ser graves, siendo raros los casos que condicionan una situación de invalidez parcial o total para los pacientes. Se expresa que otras complicaciones neurológicas se manifiestan en forma de paraplejía y que han sido relacionadas con factores tales como la toxicidad a los anestésicos locales, sus aditivos u otros fármacos usados en la anestesia. En uno de los estudios que se reflejan en el citado informe se dice que la incidencia de la paraplejía y muerte es de 1,8/100.000, y según otros estudios se describe también la paraplejía entre las complicaciones más frecuentes asociadas a estas intervenciones en las que se utiliza la citada anestesia. En este punto debemos precisar que no se puede hacer reproche alguno respecto a los actos médicos realizados en el postoperatorio en cuanto a la información suministrada a la paciente, al menos en este sentido ningún criterio o razón se

nos proporciona por la demandante, dado que estamos en un ámbito, en el posoperatorio, de medicina curativa, siendo los criterios relativos a la información a la que tiene derecho el paciente, diferentes respecto a aquellos que se aplican cuando se trata de la realización de un acto quirúrgico. Sin embargo, es la ausencia de información a la paciente del riesgo que finalmente aconteció como consecuencia de la aplicación de la anestesia para la realización de la intervención quirúrgica de rodilla, en el que estima la Sala que debe ser estimada la demanda dado que a tenor del citado informe es de considerar que la paciente debió de ser informada, bien de forma verbal o bien de forma escrita para la mejor constancia y prueba de la información suministrada, de que la anestesia que le iba a ser aplicada tenía un riesgo, aunque fuera raro o de escasa incidencia (de 1,8/100.000 según uno de los estudios que se citan), de causar paraplejía, información que no se ha acreditado que se le hubiera suministrado a la paciente, procediendo el reconocimiento a su favor y por éste concepto, como daño moral, el derecho a percibir una indemnización que la Sala estima prudencial fijar en la cantidad de 15.000 euros, cantidad que se fija actualizada a la fecha de esta Sentencia.

CUARTO.- A tenor de lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, no procede efectuar pronunciamiento alguno en cuanto a costas.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación.
Por la potestad que nos confiere la Constitución Española:

CALLAMOS

Que debemos estimar y estimamos en parte el presente recurso contencioso administrativo número **484/10**, interpuesto por doña representada por la Procuradora doña **PALOMA SOLERA LAMA**, contra la desestimación presunta de su reclamación de 5 de junio de 2009 al Servicio Madrileño de Salud de Madrid en concepto de responsabilidad patrimonial, y reconocer en favor de doña

derecho percibir la cantidad de 15.000 euros; sin costas

Notifíquese esta Sentencia a las partes en legal forma, haciendo la indicación de que contra la misma no cabe interponer recurso de casación de conformidad con lo dispuesto en



el artículo 86.2.a) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Y para que esta Sentencia se lleve a puro y debido efecto, una vez alcanzada la firmeza de la misma remítase testimonio, junto con el expediente administrativo, al órgano que dictó la resolución impugnada, que deberá acusar recibo dentro del término de diez días conforme previene la Ley, y déjese constancia de lo resuelto en el procedimiento.

Así por esta nuestra Sentencia, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior Sentencia por el Magistrado Ponente, la Ilma. Sra. D^a. M^a. del Camino Vázquez Castellanos, estando celebrando audiencia pública, en el mismo día de su fecha. Doy fe.



Madrid