

Dictamen nº: **57/18**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.02.18**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por mayoría en su sesión de 8 de febrero de 2018, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por Doña sobre indemnización de los daños y perjuicios relacionados con una postpunción dural en la administración de la anestesia epidural.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 17 de junio de 2016 se presentó en el registro del Servicio Madrileño de Salud, escrito de solicitud de responsabilidad patrimonial firmado por la reclamante y por un abogado colegiado del ICAM, en el que se remontaban a la fecha del 26 de febrero de 2015, en la que, al haber sentido movimientos fetales, había acudido a Urgencias del Hospital Universitario “Puerta de Hierro Majadahonda” (HUPHM) a las 7:38 horas de la mañana en estado de gestación de 40+4 semanas.

Sigue relatando que se le indicó volver en dos horas para una reexploración, ingresando a las 10:44 y, ya a las 12:30, se produjeron tres intentos fallidos de instauración de anestesia epidural con

imposibilidad de progresión del catéter. Según explica, fue el propio facultativo el que decidió esperar a que el siguiente intento fuera efectuado por un compañero cuando tuviera lugar el siguiente cambio de turno, lo que fue realizado a las 15:15 consiguiendo introducir el catéter, produciéndose a resultas de todo ello una parestesia transitoria del miembro inferior izquierdo.

Fue a las 18:40 horas del 26 de febrero de 2015 cuando, siguiendo el relato de la reclamación y mediante parto eutócico, la reclamante daría a luz a un varón sano de 3,420 kg. Al quedar ingresada en planta (eran las 21:40 h) seguía experimentando hormigueo en el miembro inferior izquierdo y, ya al día siguiente, mostraba un cuadro de cefalea, rigidez de nuca y tinnitus que empeoraba al levantarse y mejoraba en decúbito, de cuya evolución en los días siguientes da detallada cuenta el escrito de reclamación.

En el momento del alta hospitalaria, dada el 2 de marzo de 2015, se estableció el diagnóstico de puerpera con cefalea postpunción dural por punción dural inadvertida cuya clínica aparecía a los 90 minutos de levantarse, estableciéndose tratamiento conservador -según decía el informe correspondiente- después de haber explicado a la paciente las diferentes opciones.

No obstante, la reclamación especifica que con posterioridad al alta no cesó el cuadro de cefalea, acúfenos y mareos, siendo así que al mediodía del 10 de abril, cuando la actual reclamante se encontraba dando de lactar a su hijo, presentó una pérdida de conocimiento. Una vez trasladada junto con el menor a Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles (HUM), en el que se le realizaría un TAC cerebral, se estableció el diagnóstico de hematoma subdural agudo con foco de resangrado sin descartar patología tumoral y, en cuanto al menor, se le diagnosticó un trauma craneal/contusión craneal sin signos de alarma.

La reclamante estuvo posteriormente ingresada para estudio por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico San Carlos (HCSC), en el que se le implantó tratamiento farmacológico y a través de las correspondientes pruebas se descartó la existencia de un cuadro epiléptico. Finalmente, el hematoma remitiría por reabsorción, no siendo precisa la intervención quirúrgica.

En cuando a la evolución posterior, la reclamación da cuenta de que, en la última consulta en Neurología de 10 de mayo de 2016 y una vez retirados los antiepilépticos, se ha optado por instaurar tratamiento antidepresivo debido al síndrome ansioso-depresivo que padece la reclamante, quedando fijada la siguiente revisión en un plazo de seis meses, y que su MAP le había derivado a Psicología, donde tenía señalada una cita para valoración el 3 de octubre.

La interesada considera que la cefalea, mareos, acúfenos, dolores cervicales, el episodio de pérdida de conocimiento y la lesión de su hijo, las pruebas con contraste a las que ha tenido que someterse y el tratamiento farmacológico, así como el síndrome ansioso depresivo, son consecuencia de una deficiente *praxis* en la instauración de la anestesia epidural previa al parto. En dicho sentido, resalta que, conforme se acredita con la documentación acompañada a la reclamación, los tres punzamientos fallidos provocaron una lesión de la duramadre que a su vez determinó una pérdida de líquido cefalorraquídeo, ocasionando la bajada de la presión intracraneal, el aumento de la vasodilatación craneal y la tensión de los nervios cervicales. Y que es sabido por la ciencia médica que la frecuencia en los intentos de punción produce múltiples orificios duros pequeños que provocan una pérdida de líquido cefalorraquídeo equivalente a la de uno grande. Asimismo, refleja que, una vez producida la lesión, tampoco fue debidamente diagnosticada ni tratada, *“circunstancias que indubitadamente supusieron los agravantes que posteriormente ha*

sufrido la citada, ante un deficiente deber de seguimiento por los facultativos que debieron hacerlo”.

Llamaba también la atención sobre la inexistencia del consentimiento informado, puesto que ni en el momento del ingreso para el parto ni en ninguno otro anterior fue advertida de los posibles riesgos que se podían derivar del hecho de someterse a anestesia epidural.

Finalmente, aclaraba que su reclamación no podía ser considerada extemporánea, puesto que todavía no había recibido el alta de las secuelas derivadas del episodio denunciado, como demostraba la próxima cita en Psicología fijada para el mes de octubre de 2016.

La reclamación se acompañaba de documentación médica relativa al proceso asistencial denunciado y a la evolución de las lesiones sufridas a consecuencia del mismo.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

1. La paciente actualmente reclamante, cuando contaba con 33 años de edad, acudió a las 6:10 h de la mañana del 26 de febrero de 2015 a Urgencias del HUPHM por percepción de movimientos fetales. Consta en el historial clínico que la gestación le había sido controlada en el mismo centro sanitario desde el tercer trimestre de embarazo, obedeciendo a un curso normal la evolución, y que no tenía antecedentes de interés.

Con el diagnóstico de pródromos de parto, fue dada de alta a las 7:49 h con la indicación de volver a Urgencias al cabo de dos horas para una reexploración. Fue así como, siendo las 10:44 h del mismo

día, ingresó en el Servicio de Obstetricia en estado de gestación de 40+4 semanas.

A las 12:30 h, por parte de un facultativo del Servicio de Anestesia y Reanimación, se produjo un primer intento de instauración de la anestesia epidural mediante canalización de catéter epidural. Según las anotaciones del evolutivo de la paciente durante el proceso de parto, se produjeron dos intentos fallidos de anestesia. A decir de la reclamante y de la Inspección Sanitaria, los intentos fueron tres, produciéndose mediante punción lumbar siendo el último localizado en el espacio intervertebral L3-L4.

Ya a las 15:15 h., por parte de un facultativo distinto se realizó una punción exitosa en el espacio intervertebral L5-S1, advirtiéndose en ese momento la paciente parestesias transitorias en el miembro inferior izquierdo durante la progresión del catéter.

A las 18:40 h se produjo el alumbramiento, naciendo un varón sano sin ninguna alteración reseñable.

En el momento de la subida de la madre a la planta (21:40 h), refería mantener parestesias en el miembro inferior izquierdo.

A partir del día siguiente, 27 de febrero de 2015, la paciente manifestó un cuadro de cefalea, rigidez de nuca y tinnitus. Consta en el historial clínico, en el escrito de reclamación y en el informe de la Inspección Sanitaria la evolución de la paciente en los días siguientes, en los que, al mantenerse el cuadro con oscilaciones en cuanto a la persistencia de sus síntomas, se le instauró tratamiento mediante corticoides, AINEs, cafeína y hormona adrenocorticotropa y prolongó el ingreso hospitalario hasta que, el 2 de marzo de 2015, considerándola en situación estable, se le dio el alta con el diagnóstico de puerpera con síndrome de cefalea postpunción dural por punción dural

inadvertida. Al alta se le prescribió un tratamiento mediante la ingesta de una combinación de analgésicos, cafeína en desayuno y comida e indicación de acudir a Anestesia Obstetricia en caso de empeoramiento.

2. El 10 de abril de 2015 acudió a Urgencias del HUM a las 19:29 h refiriendo que hacía siete horas, mientras amamantaba a su hijo recién nacido, presentó una pérdida de conocimiento de la que no tenía constancia del tiempo de posible duración, con relajación de esfínteres y mordedura de lengua. Tras la realización, entre otras pruebas, de un TAC de cráneo urgente, se estableció el juicio clínico de hematoma subdural agudo con foco de resangrado sin que se pueda descartar patología tumoral.

Fue trasladada al HCSC, en cuyo Servicio de Neurocirugía permaneció ingresada hasta el 14 de abril. Durante el ingreso se le realizó un segundo TAC craneal que permitió confirmar la existencia de un hematoma subdural subagudo-crónico, siéndole instaurado tratamiento antiepiléptico y corticosteroide.

Tras el alta hospitalaria de esta incidencia, acudió a revisiones de Neurocirugía del mismo HCSC, siendo dada de alta el 7 de agosto de 2015 al haberse reabsorbido el hematoma subdural según mostraba el TAC de control realizado el 27 de abril, sin que fuera necesario para ello tratamiento quirúrgico.

Asimismo, después del alta dado el 14 de abril, la paciente reclamante ha sido tratada por el Servicio de Neurología del HCSC en relación con probable crisis epiléptica, por hematoma subdural tras punción para analgesia epidural. En el seguimiento, tras ser informado como normal un electroencefalograma realizado el 30 de abril, se dispuso la retirada progresiva de la medicación antiepiléptica que concluyó el 6 de agosto de 2015. Mediante videoelectroencefalograma

realizado el 7 de agosto, que descartó la existencia de un foco epileptógeno.

En la siguiente y última revisión de la reclamante por dicho Servicio antes de la presentación de la reclamación, producida en noviembre de 2015 sin recibir tratamiento en el ínterin ni manifestar nuevas crisis. En dicha revisión, se le prescribió medicación antidepresiva para el tratamiento de un síndrome ansioso depresivo.

3. En cuanto al hijo recién nacido de la actual reclamante, consta haber sido atendido en Urgencias del HUM en la noche del 10 de abril de 2015, a sus 43 días de vida, por traumatismo craneoencefálico. Su padre refirió que se había caído de brazos de su madre al sufrir esta una pérdida de conocimiento, y que, en un momento dado del que no se sabía cuánto tiempo había podido transcurrir desde la caída, la mujer de la limpieza había entrado a su dormitorio encontrándolo llorando en el suelo. Tras su exploración física y la realización de radiografías anteroposterior y lateral de cráneo y de falanges de los dedos tercero y cuarto de la mano derecha, se estableció el diagnóstico de trauma craneal/contusión craneal sin signos de diagnóstico en el momento actual. No se entendió preciso tratamiento, recomendándose no obstante la vigilancia de la posible aparición de lesiones, la vuelta a Urgencias en caso de empeoramiento o cambio de la sintomatología y el control por parte de su pediatra.

TERCERO.- Recibida la reclamación, por oficio de 27 de junio de 2016, de la jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial y Actuaciones Administrativas del SERMAS, se informó a la interesada de la tramitación del procedimiento, así como del plazo para su resolución y del sentido de un posible silencio administrativo.

En el transcurso del procedimiento, se ha recabado informe del Servicio de Anestesia, UCPQ (Unidad de Recuperación Postanestésica)

y Dolor del HUPHM, siendo emitido con fecha 11 de julio de 2016 y firmado por su jefe y la facultativo (FEA) que asistió a la paciente actualmente reclamante.

Solicitado informe de la Inspección Sanitaria, el funcionario al que se le atribuyó dicha tarea solicitó la ampliación de la información contenida en el historial médico de la reclamante.

En primer lugar, instó al Servicio de Anestesia y Reanimación del HUPHM la remisión de los protocolos de analgesia epidural y de actuación en caso de cefalea postpunción dural, así como de las anotaciones correspondientes a los seguimientos telefónicos de la evolución de la paciente realizados por dicho Servicio tras el alta hospitalaria de 2 de marzo de 2015 y entre el 4 de mayo y el mes de septiembre de ese mismo año.

Con posterioridad a tal petición, fueron incorporadas al expediente administrativo sendas copias de los protocolos de técnicas analgésicas para el control del dolor durante el proceso de parto y de cefalea postpunción dural. En sus páginas figuraba la mención de haber sido revisados por la Unidad de Calidad, pero no constaba la fecha de su aprobación.

En cuanto al HUM, le pidió procediera a la revisión de las imágenes de los TAC realizados a la paciente reclamante los días 10 de abril de 2015 y 11 de abril de 2016 y se emitiera informe *“a fin de aclarar la discrepancia en cuanto al diagnóstico existente en los informes emitidos previamente de dichos TAC”*. Asimismo, se le pedía que, en el caso de que la conclusión respecto al diagnóstico fuera la de hematoma subdural, se aclarase si era agudo, subagudo o subagudo con datos de resangrado o crónico.

Consta al folio 297 un conciso informe del jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del HUM de fecha 22 de septiembre de 2016, en el que expresa:

“Con fecha 11 de abril de 2015 a la paciente [reclamante] se le solicita desde el Servicio de Urgencias de nuestro Centro una TC craneal que se realiza a las 1:08 horas de la madrugada. Esta prueba se completa con contraste i.v. esa misma mañana a las 9:14 horas.

Analizadas las imágenes de estas dos pruebas, la patología consiste en una colección extraxial con características de cronicidad y áreas de resangrado agudo.

Esta lesión extraxial parece tratarse de una colección subdural crónica con áreas de resangrado agudo que en su porción medial remeda a una colección epidural por su morfología biconvexa, la cual probablemente sea debida a la existencia de membranas en relación con la cronicidad de la lesión”.

Finalmente, el inspector actuante solicitó del HUCSC la remisión de la historia del Servicio de Neurocirugía con la anotaciones médicas, de Enfermería y del auxiliar de clínica, así como la emisión de un informe en el caso de haberse realizado un TAC craneal durante el ingreso de la reclamante del 11 al 14 de abril de 2015.

La documentación remitida por el último hospital citado figura incorporada a los folios 335 a 352 del expediente administrativo. En particular, figura entre ella el informe del alta emitido por el Servicio de Neurocirugía el 14 de abril de 2015, en el que se hace constar:

“Motivo de ingreso.

Paciente de 34 años que presenta cefalea post-punción lumbar tras parto el 26/2/15, tratada con AINES y cafeína.

Desde entonces cefalea que remite con medicación. Es remitida a la urgencia del Hospital de Móstoles por pérdida del conocimiento de duración no determinada, amnesia lacunar, desorientación tras el episodio, con la lengua mordida y pérdida del control esfínter urinario.

A la exploración tiene puntuación de Glasgow=15, sin focalidad neurológica, no signos meníngeos.

Aporta TAC: imagen sugerente de hematoma subdural Subagudo/crónico parietal derecho de pequeño, discreto efecto de masa sobre surcos de la convexidad subyacente.

Permanece en observación en la planta de Neurocirugía tras iniciar tratamiento con dexametasona y anticomicial con Keppra, permaneciendo asintomática.

Diagnóstico: hematoma subdural subagudo/crónico.

Tratamiento: Keppra 250 mg con el desayuno y 500 mg con la cena. Puede continuar con la lactancia. Revisión en consulta de Neurocirugía según cita adjunta. Se solicita TAC cerebral de control de forma ambulante”.

Completada la información, la Inspección Sanitaria emitió informe de 26 de julio de 2016, en el que, tras establecer los antecedentes de hecho del caso y fijar las consideraciones médicas que se tuvieron por oportunas en relación con la anestesia epidural, señalaba:

“En el caso de [la paciente reclamante] fue atendida en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda con pródromos de parto el 26 de febrero de 2015. Se realizó la técnica de canalización

de catéter epidural para administrar analgesia epidural, con el objetivo de controlar el dolor del parto. Dicha técnica fue realizada por parte del Servicio de Anestesia de dicho hospital, siguiendo el protocolo establecido acorde con la normal práctica clínica.

Se produjeron tres intentos para canalizar el catéter epidural. Los dos primeros fueron realizados por un especialista de anestesia. En la historia consta que se pasa Consentimiento Informado antes de realizar la técnica. El tercer intento fue realizado por un especialista de anestesia distinto al primero. En esta ocasión también consta en la historia clínica que se pasó a Consentimiento Informado antes de realizar la técnica.

En la historia clínica existen dos Consentimientos informados para anestesia epidural, a nombre de la reclamante, firmados por ella, pero en los que no consta la fecha, por lo que es imposible determinar si los dos consentimientos informados corresponden a los dos intentos de realizar la canalización del catéter epidural del parto que nos ocupa en esta reclamación, o bien alguno de ellos corresponde a la técnica de anestesia epidural del parto que la reclamante tuvo con fecha 04/08/2011, atendido también en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Sin embargo se ha de reseñar que en ambos Consentimientos Informados figura “la punción intradural (salida de líquido cefalorraquídeo que rodea la médula). Puede producir dolor de cabeza”, como complicación de la anestesia epidural, por lo que según se desprende de lo que consta en la historia clínica la reclamante fue informada de esta complicación.

Tras la revisión de la documentación, se desprende que no se había observado la salida de LCR ni durante la realización de la técnica, ni posteriormente. Cuando [la paciente reclamante] fue

diagnosticada de cefalea postpunción dural inadvertida, fue valorada diariamente por el Servicio de Anestesia, aplicando el tratamiento conforme al protocolo existente a tal efecto, que es acorde con la normal práctica clínica. Incluso al alta hospitalaria se hizo un seguimiento telefónico.

En lo referente al diagnóstico y tratamiento del hematoma subdural se ha realizado de acuerdo a la normal práctica clínica.

En el caso de [el hijo de la reclamante], tras ser atendido de urgencias, en el Hospital Universitario de Móstoles, fue dado de alta con el diagnóstico de trauma craneal/contusión craneal y exploración neurológica normal. Tras ser dado de alta del Servicio de Urgencias, no requirió atención posterior, tal como se ha podido comprobar a través del visor Horus.

VI.- Conclusión.

A tenor de lo anteriormente expuesto, la Inspectora que suscribe considera, que la asistencia prestada a [la paciente reclamante] en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda fue conforme a la normal práctica clínica.

Si bien en lo referente al Consentimiento Informado, sobre la anestesia epidural en el parto, la Inspectora que suscribe no puede determinar si los dos Consentimientos Informados que figuran en la historia, se corresponden con los dos intentos de anestesia epidural en relación con el parto que tuvo lugar el 26/2/2015, al no encontrarse fechados, o alguno de ellos se corresponde con la anestesia epidural que se realizó con motivo del parto que tuvo lugar el 04/8/2016 [sic]. Sin embargo todo hace indicar por la documentación existente que la reclamante fue informada sobre el procedimiento de anestesia epidural”.

Concluida la instrucción, mediante oficio de 15 de noviembre de 2016 se otorgó el trámite de audiencia a la reclamante, que, mediante escrito presentado el 4 de diciembre de 2016, expuso su disconformidad con los informes médicos emitidos a lo largo del procedimiento incidiendo en general en los argumentos ya expuestos en el escrito inicial de reclamación. En particular, volvió a insistir en la deficiencia de la información que le fue proporcionada con carácter previo en relación con la asistencia al parto, al no hacer referencia los documentos de consentimiento informado a la posible aparición de un hematoma subdural, no pudiendo servir de excusa para su falta de consignación el que la complicación que sufrió tuviera una incidencia baja en este tipo de intervenciones. Advertía también que, los dos documentos de consentimiento informado incluidos en el historial clínico, no solo no estaban fechados según había advertido la inspectora médica actuante, sino que en el segundo de ellos no figuraba el nombre del paciente ni el del facultativo como tampoco la firma de éste, y que la firma que constaba como propia de la reclamante no coincidía con la del primer consentimiento y resultaba ilegible siendo así que por parte de aquélla se ratificaba no haber sido recabada su firma a los referidos efectos. Acusaba así de que los dos consentimientos eran producto de una falsificación, cosa que se acreditaba teniendo en cuenta que la reclamante, cuando solicitó el historial clínico con anterioridad a la reclamación, había solicitado por escrito después de revisarlo su ampliación con fecha 17 de febrero de 2016 al no constar en el mismo el consentimiento informado de la intervención. Reiteraba finalmente la incidencia del episodio sobre su ámbito familiar, al no ser posible conocer si la caída de su hijo a consecuencia del desmayo producido con posterioridad al alta hospitalaria, podría depararle consecuencias negativas en el futuro, y volvía a poner en duda la pericia de la facultativa que le punzó tres veces de forma infructuosa.

Formalizado el trámite de audiencia, el viceconsejero de Sanidad ha formulado propuesta de resolución de 15 de diciembre de 2017 en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial al considerar que, conforme al criterio de la Inspección Sanitaria que se reproducía parcialmente, había de considerarse que *“la prestación sanitaria fue adecuada y conforme a la lex artis”*.

Emitida la propuesta de resolución se ha formulado consulta que ha tenido entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el 10 de enero de 2018, dando lugar al expediente nº 5/18 que ha correspondido al letrado vocal D. Tomás Navalpotro Ballesteros, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 8 de febrero de 2018.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y en 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 (RPRP). Así se deduce del hecho de haberse iniciado con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

La reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión de responsabilidad patrimonial, al ser la persona directamente afectada por la asistencia sanitaria pretendidamente deficiente. También la ostenta para solicitar una indemnización en nombre de su hijo, en virtud de la representación legal establecida en el artículo 162 del Código Civil.

En cuanto a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, corresponde a la Comunidad de Madrid como titular del servicio sanitario de carácter público en su ámbito territorial, a cuya prestación coadyuva el centro sanitario cuya actuación es puesta en tela de juicio.

Entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen y según exige el artículo 10.1 del RPRP, se ha recabado informe del Servicio relacionado con los hechos a los que se refiere la reclamación, que es el de Anestesia, UCPQ y Dolor del HUPHM. Asimismo, se ha incorporado al expediente administrativo un informe de la Inspección Médica sobre los hechos que motivan la reclamación y el historial clínico del centro implicado en el proceso asistencial. Instruido el procedimiento se ha otorgado el

trámite de audiencia a la reclamante, y se ha dictado una propuesta de resolución.

Por consiguiente, no se observan deficiencias generadoras de indefensión o que impidan al mismo alcanzar el fin que le es propio.

Por lo que se refiere al plazo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJ-PAC, el derecho a reclamar prescribe en el transcurso de un año a contar desde el hecho causante o de manifestarse su efecto lesivo. Este plazo se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

La reclamación se relaciona con la asistencia al parto que tuvo lugar el 26 de febrero de 2015. No obstante, de la documentación aportada por la reclamante se constata que, todavía a la fecha de presentación de la reclamación, la reclamante sigue siendo objeto de asistencia en relación con las consecuencias que ha tenido sobre su salud psíquica el episodio producido durante aquella asistencia por el que se interpone la reclamación. De esta forma, el escrito de reclamación presentado el 17 de junio de 2016 puede considerarse formulado en plazo jurídicamente hábil para propiciar el examen del fondo del asunto a pesar de haber transcurrido más de un año entre la prestación sanitaria y la formulación de la reclamación.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial del Estado se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJ-PAC, en su Título X, artículos 139 y siguientes, que ha de considerarse la norma de referencia en la cuestión objeto de dictamen, actualmente sustituida

por las reglas de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Tiene declarado el Tribunal Supremo, por todas en Sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 6 de abril de 2016 (RC 2611/2014), que la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere, conforme a lo establecido en el artículo 139 de la LRJ-PAC y una reiterada jurisprudencia que lo interpreta:

a) la efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizadamente en relación a una persona o grupo de personas;

b) que el daño o lesión patrimonial sufrido por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causa-efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal;

c) ausencia de fuerza mayor, y

d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16/3/2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y

que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico. Pero que:

“... lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta... Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, señala también el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada con profusión (por todas, la STS de 19/5/2015, RC 4397/2010) que:

"... 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el procedimiento datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, se viene señalando que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales pueda tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la *lex artis* puesto que al no proporcionar a los interesados esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal (SSTS de 19/5 y de 27/4/2015, RRCC 4397/2010 y 2114/2013).

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible

responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En dicho sentido recordaba la sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012, RC 280/2009, que:

“... la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas, constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quién a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”.

En el caso de la reclamante, el perjuicio alegado consiste por un lado en las consecuencias sobre la salud de la reclamante de las punciones infructuosas llevadas a cabo con vistas a la instauración de la anestesia epidural en la asistencia al parto, y por otro en el accidente que sufrió su hijo al caerse de manos de la reclamante a consecuencia de una pérdida de conocimiento.

Al respecto, cabe afirmar en primer término que, afortunadamente y más allá del susto inevitable y de la necesidad de llevarlo a Urgencias, no consta el advenimiento de consecuencias adversas sobre la salud del niño a causa del episodio. No obstante, al hilo de lo observado por la reclamante en el trámite de alegaciones en el sentido de poder estar latentes lesiones cerebrales que puedan manifestarse en el futuro, lo cierto es que nada impediría, de producirse esos brotes, la formulación de una reclamación en nombre del menor sin perjuicio de que a la misma le fueran predicables las mismas consideraciones que hemos de hacer a continuación sobre la asistencia sanitaria prestada a su madre.

En cambio, por lo que se refiere a la salud de la madre, está documentada la repercusión sobre su salud del episodio de aplicación

de la analgesia epidural y, en cuanto a la pérdida de conocimiento en su domicilio producida el 11 de abril de 2015, lo cierto es que los informes médicos realizados tras ella relacionan el hematoma subdural que se derivó de la misma con el tratamiento epidural. No obstante, hay que advertir que, conforme a lo que resulta del historial clínico y ha sido destacado en los antecedentes de hecho de este dictamen, se trata de episodios afortunadamente superados en cuanto a su repercusión sobre la salud de la reclamante, más allá de la posible afección sobre su estado psicológico, cuya etiología no pueden darse por especificada a falta de un informe que la indique.

No obstante, para que el perjuicio padecido por la madre resultara imputable a la Administración, sería necesario satisfacer la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, que recae en quien la reclama. Así, según reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo que se recoge en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 9 de marzo de 2016 (recurso 658/2015), *“la prueba de la relación de causalidad entre la actuación administrativa y el daño causado, así como la existencia y contenido de éste, corresponde a quien reclama la indemnización, sin que proceda declarar la responsabilidad de la Administración cuando esa prueba no se produce”*.

En el caso examinado, es cierto que se produjeron varios intentos fallidos de instauración de la anestesia epidural a la reclamante. Estos habrían sido tres según el escrito de reclamación y la relación de antecedentes del informe de la Inspección Sanitaria, si bien el informe de formulario de epidural obstétrica aportado por la propia reclamante a los folios 27 a 29 da cuenta de solo dos intentos fallidos de punción.

Lo cierto es que, hayan sido dos o tres los intentos culminados en fracaso, no puede determinarse de una forma automática que esa dificultad manifieste la existencia de *mala praxis*. En este punto, hay

que observar que en los protocolos remitidos por el HUPHM se incluye la posible existencia de incidencias en la administración de la anestesia epidural, sin que se haya aportado por la parte reclamante, a la que incumbe la carga de la prueba, un informe del que se pueda deducir que la técnica empleada en la punción fuera incorrecta. Frente a tal omisión, debe hacerse constar que el informe del Servicio de Anestesia, UCPQ y Dolor que asistió a la paciente durante el parto, da cuenta de la forma en la que se produjeron los intentos de administración y especifica que en ninguna de las punciones se visualizó salida de líquido cefalorraquídeo (ni a través de la aguja de epidural ni del catéter) como tampoco hubo muestras de que el catéter estuviera colocado a nivel de espacio subaracnoideo.

Por lo que se refiere a la pérdida de conocimiento sufrida por la reclamante en su domicilio transcurrido mes y medio del alta hospitalario dada tras el parto, lo cierto es que, en toda la documentación médica que consta en el expediente administrativo, incluidos los informes inmediatamente posteriores a dicha incidencia, se da cuenta de que la cefalea de la paciente había remitido con la analgesia. Si a ello unimos la constancia en los informes de seguimiento de la evolución de la paciente tras el parto, del control realizado sobre sus dolencias, la administración de tratamiento y su progresiva mejoría, no se advierte, a falta de prueba pericial que así lo indique, una mala práctica en el hecho de dar el alta a la paciente e instaurar determinado tratamiento en pos de la superación de las dolencias que le aquejaban tras el episodio epidural.

Ante la falta de dicha aportación probatoria tanto en lo referido a la administración de la analgesia como al seguimiento de sus dolencias, tiene que prevalecer la fuerza probatoria del informe de la Inspección Sanitaria habida cuenta de su especialización y de la objetividad e imparcialidad presumible en el ejercicio de sus atribuciones. Así lo refiere la doctrina aplicada asiduamente por esta

Comisión, por todos en el Dictamen 212/17, de 25/5, en línea con la S. del TSJ de Madrid de 18/3/2016, R. 154/2013, que señala que dicho informe,

“(...) no constituye prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe.”

Por lo que se refiere al consentimiento informado para la intervención, éste supone *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud”* (art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica). También es evidente la necesidad de informar sobre posibles riesgos según dispone el artículo 8.3 de la citada Ley y la necesidad de suministrar al paciente información completa de las actuaciones que se van a llevar a cabo en el ámbito de su salud impuesta legalmente en el artículo 4 de la Ley.

En este sentido, el Tribunal Supremo en la Sentencia de 29 de junio de 2010 (RC 4637/2008) ha señalado que *“el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos”*. Asimismo, la sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, considera *“que el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona*

es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física”.

No obstante, tal como hemos expuesto en el Dictamen 142/17, de 6 de abril, con cita de la sentencia número 580/2010, de 2 de junio, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, *“el consentimiento no ha de abarcar todos los posibles resultados lesivos que pudieran derivarse de la intervención, sino los riesgos específicos de ella y los probables según el estado de la ciencia (...)”.*

En el caso analizado, obran a los folios 233 a 240 del expediente administrativo tres documentos de consentimiento informado, dos de los cuales se corresponden con una anestesia epidural obstétrica aunque ninguno de ellos aparece fechado y en solo uno de ellos aparece la firma del facultativo. Esto último ha fomentado la protesta de la parte reclamante, expresada tanto en el escrito inicial de reclamación como en el posterior de alegaciones, en el sentido de ser dichos documentos el producto de una falsificación documental, acusación a la que esta Comisión Jurídica Asesora no puede otorgar veracidad mientras no exista un pronunciamiento previo de la jurisdicción penal, en la cual, paradójicamente, no se tiene constancia de que la reclamante haya iniciado las más mínimas actuaciones.

Más allá de las singularidades formales de estos dos documentos, debe valorarse que en ambos, que recogen de una forma similar los posibles riesgos generales del acto médico (aparecen en blanco en los dos casos los apartados relativos a los riesgos personalizados), existe una referencia como complicaciones más frecuentes a la punción intravascular (paso del fármaco al torrente sanguíneo), la punción intradural (salida del líquido cefalorraquídeo que rodea la médula) y la punción dificultosa o imposible de realizar. Siendo así que, conforme a la documentación médica existente, el caso de la reclamante fue de punción intradural, debe repararse en que, con respecto a esta

eventualidad, el documento de consentimiento informado refiere que *“puede producir dolor de cabeza”*.

Esta alusión es claramente insuficiente en relación con las posibles consecuencias de la punción intradural, tal como aparecen recogidas en las consideraciones médicas del informe de la Inspección Sanitaria y, por otra parte, demuestra la misma evolución de la paciente, que desarrolló molestias más complejas, consistentes no solo en cefalea, sino también en rigidez nuchal y tinnitus, incapacitándole la dolencia hasta que se produjo su superación para mantener una posición erguida y para la deambulacion.

Así las cosas, debe considerarse que a la paciente actualmente reclamante, al ofrecerle esta información insuficiente, se le ha privado del derecho de información previo al sometimiento a un acto médico y de la capacidad de decidir frente al mismo con una información adecuada, por lo que procede reconocer su derecho a ser indemnizada en la cuantía de 6.000 euros, que ha de considerarse actualizada al momento en el que se produzca su pago.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al haberse infringido la *lex artis* en la información dada a la paciente sobre la anestesia epidural obstétrica, indemnizándole en un importe de 6.000 euros. En cambio, la reclamación debe ser desestimada en cuanto a la sujeción a la

buena práctica médica de los intentos de instauración de la anestesia epidural y en cuanto al seguimiento de la evolución de la paciente.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 8 de febrero de 2018

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 57/18

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid