

Dictamen nº: **659/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.12.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 21 de diciembre de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por un abogado en nombre y representación de Dña., (en adelante “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital El Escorial en relación con las secuelas derivadas de una intervención de cadera.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 22 de enero de 2020, la persona citada en el encabezamiento presenta un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital El Escorial.

Refiere que la reclamante ingresó de forma programada en el Hospital El Escorial el día 11 de julio del año 2019 con el objeto de ser sometida al día siguiente a una cirugía para colocar una prótesis en su cadera derecha. Ante la ausencia de camas en la planta de Traumatología fue ingresada en la planta de Maternidad. Precisa que

en el año 2016 había sido sometida a una intervención idéntica en su cadera izquierda por lo que era conocedora del proceso de recuperación tras la cirugía.

Indica que, tal y como estaba previsto, a las 09:00 horas del día 12 de julio la reclamante fue trasladada a quirófano. La cirugía finalizó sobre las 13:00 horas, momento en el cual su hija pudo visitarla brevemente y en ese momento le informó de los intensos dolores que padecía (pese a tener una bomba de morfina).

La llegada a la habitación se produjo sobre las 20:00 horas. En ese momento la reclamante seguía padeciendo fuertes dolores y no sentía la pierna operada y presentaba un fuerte dolor en los genitales e incontinencia de esfínteres.

Explica que en la mañana del día siguiente (13 de julio) la situación permanecía igual; se indicó por parte de las auxiliares que debía sentarse en la butaca, pero resultaba imposible por la falta de sensibilidad en la pierna operada. Sendas piernas se encontraban muy inflamadas. Habitualmente la reclamante empleaba un número 37 y su familia tuvo que ponerle un calzado del número 41.

Continúa explicando que a lo largo de la mañana pasó el fisioterapeuta que intentó poner de pie a la paciente, resultando imposible, y además en ese momento se orinó; presentando durante todo ese día incontinencia urinaria, imposibilidad de defecar y un fuerte dolor en la pierna izquierda.

El día 14 de julio la situación permaneció igual.

EL día 15 de julio pasó a visitarla el equipo de Traumatología. Se les ofrecieron las oportunas explicaciones respecto de la situación de la reclamante, especialmente la falta de sensibilidad, la imposibilidad de poder mover el pie, la incontinencia, etc, y por los facultativos se le

comentó que “*probablemente se hubiera tocado algún nervio*” y se le prescribió el empleo de una férula.

El día 16 de julio tuvo pérdida de control del esfínter anal. Ambas piernas continuaban igual, no controlaba la orina requiriendo cambio de compresas constante.

El día 17 de julio la situación fue similar a la de los días previos.

El escrito de reclamación destaca que seguía sin solicitarse la realización de una RMN.

El día 18 en una nueva revisión por Traumatología, nuevamente se le transmitió la situación desde el día de la operación. El facultativo pautó un sondaje vesical y solicitó (seis días después de iniciado el cuadro) una RMN.

Una vez realizada se evidenció que la reclamante padecía un hematoma en la médula y se acordó su traslado al Hospital Universitario Puerta de Hierro –HUPH–.

Explica que el ingreso en el citado hospital se produjo el mismo día 18 de julio, y que a la llegada al centro los facultativos del Servicio de Urgencias realizaron un reconocimiento de la reclamante y comunicaron a la misma y sus familiares que el Servicio de Radiología estaba estudiando las pruebas para determinar el diagnóstico, ya que en el informe de derivación no quedaba claro.

Tras el reconocimiento de la movilidad y sensibilidad de la pierna, los facultativos comunicaron que todo apuntaba a que había sufrido una lesión en la médula posiblemente ocasionada por la punción de la anestesia. Explicaron también que no era posible la operación para “*secar*” el hematoma y que el único tratamiento viable hasta el momento era el de administrar corticoides para que se

absorbiera. Ese mismo día comenzó la administración de corticoides. Indican que la cuestión relevante en este punto es que el tratamiento con corticoides es especialmente efectivo dentro de las ocho horas siguientes y que en este caso, como consecuencia de la falta de asistencia e indicación de las pruebas oportunas, el tratamiento se inició seis días más tarde.

Refiere que la reclamante permaneció ingresada en el HUPH hasta el día 7 de agosto del año 2019. Ese día recibió el alta por traslado al Hospital de Guadarrama para recibir tratamiento rehabilitador. Estuvo ingresada hasta el día 11 de septiembre y en el momento de presentar la reclamación, indica que se encuentra aún en tratamiento como consecuencia de estos hechos.

De acuerdo con el escrito de reclamación, en este caso la acción u omisión imputable a la Administración requerida por la ley vendría dada por la deficiente asistencia que se dispensó a la reclamante en el Hospital El Escorial con ocasión de la intervención a la que fue sometida el día 12 de julio del año 2019, y el reproche respecto de la asistencia dispensada devendría en primer lugar de la intervención en sí, y más concretamente del proceso de anestesia, teniendo en cuenta que se tuvo que pinchar en dos ocasiones la anestesia, y lo hizo un residente a pesar de que existía una RMN previa en la que se especificaba que existía mucha patología de base en la columna. No se considera acorde a la *lex artis* que en un caso especialmente complejo se dejara en manos de un residente sin experiencia la realización de la punción que ocasionó la contusión y posterior hematoma medular.

En segundo lugar, tras la intervención y a pesar del cuadro que presentaba reclamante (dolor, pérdida de sensibilidad y fuerza en la pierna, pérdida de control de esfínteres) se retrasó de forma totalmente injustificada el examen por los especialistas oportunos y la

realización de una RMN que fue la que finalmente permitió alcanzar el diagnóstico. Lo que a su vez supuso una demora inasumible en el inicio del tratamiento masivo con corticoides (se retrasó seis días cuando la ventana terapéutica es de apenas unas horas), única opción para evitar secuelas ante un hematoma medular.

Insiste en que, de no de haberse dejado en manos de un facultativo inexperto (un residente) la punción anestésica durante la intervención en el caso de la reclamante (habida cuenta de que existía una RMN previa que informaba que la columna presentaba mucha patología de base) no se habría producido la lesión de la medula durante la punción. Y en el mismo sentido, de haberse puesto los medios oportunos de forma inmediata tras la intervención (sobre todo a la vista de la clínica referida: pérdida de fuerza y sensibilidad, dolor intenso e incontinencia de esfínteres...) se habría alcanzado un diagnóstico precoz y, en consecuencia, se habría iniciado de forma inmediata el tratamiento con corticoides lo que hubiera evitado igualmente las secuelas que en la actualidad padece la reclamante.

Finalmente, indica que la cuantía de la indemnización ha de establecerse como indeterminada, porque al no disponer del historial médico completo de la reclamante y no estar determinado el alcance definitivo de los perjuicios, no cuenta con elementos suficientes para poder determinar el alcance de la gravedad de las actuaciones que produjeron el daño, por lo que le es imposible actualmente proceder a su cuantificación. Precisa que en el momento en el que sea posible a lo largo del procedimiento se realizará la correspondiente cuantificación económica del daño que deberá incluir el daño moral y perjuicio económico causado, quedando abierta no obstante la posibilidad de llegar a un acuerdo convencional indemnizatorio con el Servicio Madrileño de Salud.

Acompaña al escrito de reclamación una copia del poder general para pleitos otorgado a favor del abogado firmante de la reclamación.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del presente dictamen:

La reclamante, de 57 años de edad en el momento de los hechos, presentaba los siguientes antecedentes personales de interés: hipertensión arterial en tratamiento médico; espondiloartrosis, escoliosis e hiperlordosis; discopatía degenerativa con gran afectación discal múltiple y obliteración foraminal y cambios ostecondrales L1-L2 y L3-L4; prótesis de cadera izquierda por coxartrosis enero 2016 (HUPH); prótesis de cadera derecha por coxartrosis 12-07-2019 (H. del Escorial); gonartrosis; intervención quirúrgica de prolapso uterino; sobrepeso/ obesidad grado I; exfumadora desde enero 2016.

El 25 de marzo de 2019 fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital El Escorial por gonalgia de dos meses de evolución. Se anotó que estaba en seguimiento en HUPH por coxartrosis bilateral con prótesis de cadera izquierda y coxartrosis de cadera derecha. Se determinó un juicio clínico de gonartrosis, mal control del dolor, probable síndrome ansiosodepresivo reactivo y sobrepeso. Tras pautar tratamiento se derivó a su médico de Atención Primaria para estudio de probable síndrome ansioso depresivo, se aconsejó perder peso e incrementar el ejercicio diario y se programó cita en el Servicio de Traumatología en 2-3 semanas.

El 23 de mayo 2019 fue formalizado el consentimiento informado, debidamente cumplimentado por la paciente y por el facultativo para el diagnóstico y tratamiento terapéutico total de cadera.

El 19 de junio de 2019 fue formalizado el consentimiento informado para el acto anestésico en prótesis total de cadera,

apareciendo reflejado en el apartado de “*técnicas anestésicas alternativas*” que “*en caso de utilizar una técnica loco-regional, esta se realiza haciendo insensible la parte del cuerpo que va a ser intervenida. Se pueden lesionar las estructuras anestesiadas alterando la sensibilidad o el movimiento de alguna zona del cuerpo. Estas lesiones pueden ser transitorias o permanentes. Además, podría ocasionarse: hematoma en la zona de punción, dolor de cabeza, infecciones, así como complicaciones graves con riesgo vital por el paso inadvertido de anestésico a otras estructuras (convulsiones, dificultad respiratoria, hipotensión, parada cardíaca)*”. En el apartado 5. Se explicitan los riesgos derivados de la postura durante la intervención.

El 11 de julio de 2019 la paciente ingresó de forma programada en el Hospital El Escorial.

El 12 de julio de 2019 se realizó la intervención quirúrgica (artroplastia de sustitución con prótesis total de cadera derecha) bajo anestesia raquídea. El procedimiento anestésico siguió el protocolo establecido bajo monitorización básica, aunque al introducir por primera vez la aguja de punción raquídea a nivel L1.L2 la paciente manifestó parestesia intensa y dolor en miembro inferior izquierdo, por lo que se le retiró la aguja ante la sospecha de punción a un nivel más alto del pretendido. Se realizó una segunda punción a un nivel más bajo, L2-L3, sin incidencias (en el informe del formulario ANE hoja de anestesia quirúrgica se indica que la punción fue efectuada por un residente). La cirugía discurrió sin incidencias, comprobando radiológicamente el correcto posicionamiento de los implantes protésicos. En el Informe del formulario ANE Reanimación se indicó a las 14.14 h que la paciente sin retención vesical, tuvo un episodio de mareo e hipotensión que se resolvió con medidas correspondientes (trendelemburg y 500 suero). La analítica fue normal y se indicó que si buena evolución alta por la tarde. En el informe del formulario ANE

Reanimación se indicó a las 19: 45 h que la paciente había precisado peptidina de rescate por el intenso dolor, manteniendo la diuresis espontanea. La analítica se encontró dentro de la normalidad y se solicitó una Rx urgente de control, pasando a planta con movilidad de miembros inferiores aunque con dificultad para movilizar pie derecho. El postoperatorio más inmediato transcurrió sin más complicaciones por lo que la paciente pasó a planta de Traumatología para continuar el tratamiento.

El 13 de julio de 2019 en la hoja de observaciones del curso clínico se anotó que la paciente estaba nauseosa, pero en situación estable, indicándose el inicio de la fisioterapia y la deambulacion con ayuda. La radiografía de control fue normal.

El 14 de julio de 2019 se anotó que la paciente seguía nauseosa por los efectos de la anestesia por lo que no se había levantado aún. Se indicó que debía sentarse.

El 15 de julio de 2019 se anotó la existencia de signos de paresia del nervio ciático derecho, pie equino + paresia peroneos. Además, paresias cuádriceps femorales y disestesias en territorio ciático. Se pidió RLA a Ortopedia Torrelodones. Sentar y caminar cuando tenga órtesis. Paresia de nervio ciático común y del nervio femoral de la extremidad intervenida por lo que se pautó férula antiequino para mantener el tobillo y dedos en ortoposición (intentando la deambulacion asistida en fisioterapia) al considerarse probable una lesión neuroapraxica de estos nervios.

El 16 de julio de 2019 se anotó la existencia de dolor neuropático irradiado por miembro inferior derecho con dolor controlado de cadera, hacia extensión de rodilla contra gravedad. Se puso la órtesis y se readaptó el tratamiento farmacológico. También se consignó que la paciente se encontraba en seguimiento en el HUPH pendiente de valoración de tratamiento con células madre.

El 17 de julio de 2019 se anotó: “*hoy parece que le traen órtesis antiequino*”. Se evidenció existencia de clínica motora de ciático alto, con recuperación de sensibilidad hasta el pie, aunque se mantenía la incapacidad para la flexión de cadera sentada “(*¿causa femoral?*)”. Ante la persistencia de los síntomas paréticos se solicitó un estudio electromiográfico preferente solicitando interconsulta con Servicio de Rehabilitación.

El 18 de julio de 2019 se anotó que la paciente presentaba paresia de nervio ciático, fuerza 1-/5, sensibilidad reducida, (+++) territorio ciático y ++ en territorio femoral desde ligamento inguinal, sin sensibilidad vibratoria, conservando la sensibilidad perineal. Cuadricéps 3/5 y arreflexia cuadrípital (hipo en izquierda). Igualmente presentó globo vesical con retención de orina y micción por rebosamiento, por lo que se sondó y se solicitó RMN de columna lumbar urgente, que puso de evidencia la existencia de hematomielia en el cono medular D12-L1 con secuencias axiales y sagitales T1 y T2 (mínimo foco sugestivo de lesión del cono medular con posible foco de hemorragia y edema perilesional a correlación con clínica del paciente. No identificándose colecciones epidurales ni alteraciones de la morfología y disposición de las raíces de la cola de caballo significativas) evidenciándose cuerpos vertebrales con importantes cambios degenerativos espondiloartrósicos desde D12-L1 hasta L5-S1 (osteofitosis, pérdida de altura discal e hipertrofia de los ligamentos amarillos y cambios degenerativos en articulaciones interapofisarias posteriores). Conclusión: hematoma en cono medular secundario a punción raquídea en la cirugía de la PTCO con afectación del territorio ciático y femoral derecho además de vejiga neurógena (cx el 12 de julio. Fue valorada por los Servicios de Anestesia y Rehabilitación. Se procedió por ello a trasladar de forma urgente mediante ambulancia del SUMMA 112 a la paciente al HUPH para valoración por el Servicio

de Neurocirugía con diagnóstico de coxartrosis derecha y lesión de cono medular.

El 19 de julio de 2019 ingresó en el Servicio de Neurocirugía del HUPH con juicio clínico de lesión en cono medular con componente hemorrágico probable consecuencia de anestesia raquídea. Tras valoración se desestimó tratamiento neuroquirúrgico urgente iniciando corticoterapia, siendo valorada por los servicios de Urología y Rehabilitación, con inicio del tratamiento por parte de este último. Presentó buen estado general, con constantes estables, herida quirúrgica en cadera derecha con buena evolución y con grapas de sutura ya retiradas. La evolución médica se consignó como satisfactoria. El motivo de alta el día 7 de agosto de 2019 fue por traslado a centro de rehabilitación con los diagnósticos de lesión en cono medular con componente hemorrágico, probable consecuencia de anestesia raquídea, con pérdida de fuerza en miembro inferior derecho y alteración de esfínteres y coxartrosis derecha, tratada con cirugía de prótesis de cadera derecha el 12 de julio de 2019.

El 7 de agosto de 2019 la paciente fue trasladada al Hospital de Guadarrama para continuar el tratamiento rehabilitador, siendo dada de alta el 11 de septiembre de 2019 a fin de proseguir el tratamiento rehabilitador de forma ambulatoria con seguimientos por los servicios de Neurocirugía y Urología del HUPH y el Servicio de Traumatología del Hospital El Escorial.

La última anotación de la historia clínica del Hospital El Escorial es de fecha 16 de diciembre de 2019, en la que la reclamante acude a revisión programada de Traumatología constatando su buena evolución de las artroplastias por lo que se citó en 6 meses para nueva revisión con Rx de control. Se consignó que continuaba en seguimiento por los servicios de Neurocirugía y Urología del HUPH

donde estaba pendiente de valoración para tratamiento con células madre.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la reclamante del HUPH, del Hospital de Guadarrama, y del Hospital El Escorial

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, emite informe el Servicio de Traumatología del Hospital El Escorial que se limita a relatar la asistencia prestada a la reclamante a partir del día 11 de julio de 2019 en términos coincidentes con la historia clínica.

Figura a su vez el informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital El Escorial en el que se indica que el día 12 de julio de 2019 se realiza a la reclamante, con motivo de la colocación de una prótesis de cadera, una anestesia raquídea de la que fue informada debidamente en la consulta preanestésica y donde se expusieron las posibles complicaciones derivadas del mismo, entre las que se incluía la complicación que se produjo, quedando constancia por escrito en el documento de consentimiento informado.

Indica que se realizó el procedimiento anestésico en quirófano, según el protocolo establecido y bajo monitorización básica y explica que al introducir la aguja de punción raquídea, la paciente manifestó parestesia intensa y dolor en el miembro inferior izquierdo, por lo que se retiró inmediatamente la misma ante la sospecha de punción a

nivel más alto del pretendido, y se realizó una segunda punción a un nivel más bajo, sin incidencias.

Finaliza señalando que durante la cirugía y el postoperatorio inmediato la paciente no presentó ninguna complicación por lo que fue dada de alta a la planta de Traumatología para continuar tratamiento.

El informe de la Inspección Sanitaria, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos por ambos servicios, efectúa una serie de consideraciones médicas, e indica que, *“circunscribiéndose a los hechos acaecidos en el Servicio de Traumatología del Hospital El Escorial respecto a las acciones que contempla la reclamación, que la asistencia sanitaria prestada a (...) no puede ser considerada en su totalidad como ajustada a la normopraxis, estimándose inadecuada a la condición concreta presentada por la paciente y que el seguimiento implementado ha carecido de diligencia y exhaustividad, pues aunque las complicaciones sobrevenidas pueden encuadrarse absolutamente dentro de los riesgos explicitados exhaustivamente en los correspondientes consentimientos informados asumidos por la paciente, con pleno conocimiento y capacidad decisoria íntegra y no adjudicables en ningún caso a una mala praxis, la demora diagnóstica producida por el retraso de la ejecución de una RMN diagnóstica tres días después de objetivarse fehacientemente los primeros déficits motores cuando ya existía más patología es ciertamente cuestionable”*.

Figura a continuación un informe pericial emitido a instancia del SERMAS, que tras efectuar un análisis de los hechos a la vista de la historia clínica de la reclamante, concluye señalando que coincide con la conclusión formulada por la Inspección Sanitaria y previa valoración de los daños sufridos, cuantifica el importe de la indemnización en la cifra de 55.093,82 euros.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, evacuado el oportuno trámite de audiencia a los interesados, la reclamante presenta un escrito en el que de un lado, se ratifica en el contenido del escrito de reclamación, y de otro, rechaza la cuantía de la indemnización referida porque no recoge la totalidad de los perjuicios irrogados a la reclamante, y los recogidos lo son en cuantías por debajo de las que corresponden en vista de los daños y perjuicios existentes. Indica que *“por ejemplo, dejan de valorarse diversos conceptos contenidos en las tablas 2.B y 2.C del baremo contenido en la Ley 35/2015 o se llega a afirmar que la pérdida de calidad de vida de (...) es de carácter moderado”*.

Adjunta con su escrito de alegaciones la resolución del INNSS de fecha 10 de marzo de 2020 por la que se reconoce a la reclamante el grado de incapacidad permanente absoluta, y la resolución de la Dirección General de Atención a personas con discapacidad de 8 de octubre de 2020, por la que se reconoce a la reclamante un grado total de discapacidad del 67% con baremo de movilidad positivo.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública ha formulado propuesta de resolución de 18 de noviembre de 2021 en el sentido de estimar la reclamación por la asistencia sanitaria prestada en el Hospital El Escorial, reconociendo el derecho de la reclamante a ser indemnizada con cincuenta y cinco mil noventa y tres euros con ochenta y dos céntimos (55.093,82 €), cuantía que deberá ser actualizada en la fecha de resolución del procedimiento administrativo

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 19 de noviembre de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 21 de diciembre de 2021.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y por tanto, para reclamar los daños que según afirma, le han producido la asistencia sanitaria recibida.

Actúa debidamente representada por un abogado habiendo aportado la escritura de poder otorgada a tal efecto.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por un centro hospitalario que forma parte de su red pública asistencial.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, la intervención quirúrgica y la anestesia tuvieron lugar el día 12 de julio de 2019, por lo que la reclamación presentada el día 22 de enero de 2020 se verificó dentro del plazo legalmente establecido con independencia de la fecha de curación o estabilización de la secuelas.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante. Por último se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios.

En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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”*.

CUARTA.- En el presente caso, la reclamante reprocha concretamente el proceso de anestesia realizado en la intervención de 12 de julio de 2019 para colocar una prótesis en la cadera derecha, en el que se tuvo que administrar en dos ocasiones la anestesia y lo hizo un residente a pesar de que existía una RMN previa en la que se especificaba que existía mucha patología de base en la columna. No considera acorde a la *lex artis* que en un caso especialmente complejo se dejara en manos de un residente sin experiencia la realización de la punción que ocasionó la contusión y posterior hematoma medular.

En segundo lugar, reprocha que tras la intervención y a pesar del cuadro que presentaba la reclamante (dolor, pérdida de sensibilidad y fuerza en la pierna, pérdida de control de esfínteres) se retrasara de forma totalmente injustificada el examen por los especialistas

oportunos y la realización de una RMN que fue la que finalmente permitió alcanzar el diagnóstico; lo que a su vez supuso una demora inasumible en el inicio del tratamiento masivo con corticoides, que se retrasó seis días cuando la ventana terapéutica es de apenas unas horas, y era la única opción para evitar secuelas ante un hematoma medular.

No obstante, para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, al reclamante a quien incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que le fue prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Pues bien, en este caso la reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera contraria a la *lex artis*.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, tanto el Servicio de Anestesiología del Hospital El Escorial como la Inspección Sanitaria, coinciden a la hora de destacar que el consentimiento informado que la interesada firmó con fecha 19 de junio de 2019 contemplaba como

posible riesgo tanto el hematoma que finalmente se produjo como la posibilidad de una lesión nerviosa, cutánea o dolor muscular.

En concreto en el consentimiento informado referente al acto anestésico en prótesis total de cadera se explicita claramente en el apartado 2, que “...*en caso de utilizar una técnica loco-regional, esta se realiza haciendo insensible la parte del cuerpo que va a ser intervenida. Se pueden lesionar las estructuras anestesiadas alterando la sensibilidad o el movimiento de alguna zona del cuerpo. Estas lesiones pueden ser transitorias o permanentes. Además, podría ocasionarse: hematoma en la zona de punción, dolor de cabeza, infecciones, así como complicaciones graves con riesgo vital por el paso inadvertido de anestésico a otras estructuras (convulsiones, dificultad respiratoria, hipotensión, parada cardíaca)*”. En el apartado 5 se añaden igualmente los riesgos derivados de la postura: “*debido al tiempo de intervención y a la predisposición individual, puede presentarse alguna lesión nerviosa, cutánea o dolor muscular...*”.

Sobre este aspecto, la Inspección confirma que la información aportada se considera correcta, completa y asequible al nivel de entendimiento de la paciente, quien con pleno conocimiento de causa y en el ejercicio de su plena libertad de elección asumió, sin revocación posterior, las posibles consecuencias.

En cuanto al procedimiento anestésico, el informe de la Inspección indica que siguió el protocolo establecido bajo monitorización básica, aunque al introducir por primera vez la aguja de punción raquídea a nivel L1-L2 la paciente manifestó parestesia intensa y dolor en miembro inferior izquierdo, por lo que se le retiró la aguja inmediatamente ante la sospecha de punción a un nivel más alto del pretendido, realizándose una segunda punción a un nivel más bajo (L2- L3) sin incidencias.

Indica que de lo expuesto se deduce que la cirugía en principio discurrió sin sucesos de relieve significativo, comprobando radiológicamente el correcto posicionamiento de los implantes protésicos y por lo tanto se considera su ejecución correcta y apropiada a su finalidad correctora

A continuación, basándose en los informes del formulario ANE Reanimación de la fecha de la intervención, señala que es patente la buena evolución (anotaciones a las 14:14 h y a las 19: 45 h) con controles de imagen y analíticos normales, por lo que la paciente pasó a planta con dolor controlado con analgesia, manteniendo la diuresis espontánea y la movilidad de miembros inferiores (MMII), aunque con dificultad para movilizar el pie derecho.

Considera por tanto que el postoperatorio inmediato cursó favorablemente tanto a nivel clínico como radiográfico, realizándose los correspondientes controles médicos y de Enfermería (físicos y pruebas complementarias consideradas oportunas según el protocolo establecido basado en la evidencia) en los correspondientes turnos.

Constata a su vez como el evolutivo se mantuvo estable durante los dos días siguientes (13 y 14 de julio) con las lógicas y esperables molestias postanestésicas, dolor controlado con analgesia y resultados favorables en las pruebas de control analíticas y radiográficas efectuadas. Confirma por tanto, que el seguimiento metódico y exhaustivo implementado hasta ese momento corresponde plenamente a lo indicado en los protocolos actuales establecidos para este tipo de circunstancias, sin encontrarse hasta el momento datos sugestivos de otra situación clínica emergente que la diagnosticada.

Por otro lado, respecto de la observación contenida en la reclamación acerca de que la reclamante fuera atendida por un MIR, procede traer a colación lo dispuesto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (artículo 20) y

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. En esta última disposición se establece que el sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud y la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión a partir del segundo año, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista (artículo 15).

De acuerdo con lo expuesto, puede afirmarse que los reproches formulados por la reclamante sobre las cuestiones analizadas han quedado desvirtuados por completo, sin que proceda por tanto la estimación de la reclamación en los citados aspectos.

En relación al segundo reproche, referido a la demora en la realización de la resonancia magnética como prueba diagnóstica idónea para detectar el hematoma que efectivamente se produjo durante la intervención, la Inspección destaca que la paciente puso de manifiesto su cuadro álgico desde el principio del post-operatorio, pero no fue hasta transcurridas cerca de 72 horas de la intervención (día 15 de julio) cuando se evidenciaron objetivamente los primeros déficits motores (paresia del nervio ciático común y del nervio femoral de la extremidad intervenida) que generaron la sospecha de una probable lesión neuroapraxica de estos nervios, no siendo solicitada la RMN urgente hasta tres días después de objetivarse los primeros síntomas (día 18 de julio) cuando ya existía más patología sobreañadida.

Entiende que teniendo en cuenta que el dolor, la parestesia, y la debilidad muscular en la distribución del nervio pueden no ser clínicamente evidente hasta que el bloqueo ha cedido es necesaria una sospecha clínica precoz, una correcta anamnesis (exploración física y neurológica) y la realización de pruebas de imagen que puedan confirmar el cuadro lo antes posible para establecer un diagnóstico de confirmación, pues la demora en el diagnóstico y el retraso en el tratamiento pueden ocasionar importantes déficits neurológicos.

La inspectora considera que ante esta situación clínica, teniendo en cuenta el antecedente quirúrgico (PTCD) del día 12 de julio de 2019 durante la cual se precisó realizar una segunda punción lumbar a nivel L2-L3 para la anestesia por sospecha de haber realizado la punción a un nivel más alto del pretendido, las alteraciones estructurales espondilares evidenciadas en la paciente y que podían haber condicionado la ejecución de la técnica y el tratamiento farmacológico anticoagulante implementado, se deberían haber practicado de manera prioritaria las pruebas diagnósticas establecidas procedimentalmente para este tipo de situaciones a fin de establecer con premura un diagnóstico de certeza y poder adoptar las opciones terapéuticas más adecuadas de manera precoz dirigidas a minimizar las posibles complicaciones / secuelas.

Explica que el hematoma epidural -HED- puede causar un deterioro neurológico rápido, a menudo irreversible, si no se diagnostica y trata precozmente y que ante la sospecha de un HED el estudio diagnóstico de primera elección es la RMN ya que aporta datos exactos sobre la localización, tamaño, posición y grado de compresión medular además de datos prácticamente definitivos sobre la naturaleza de la lesión.

Indica que la recomendación habitual ante un hematoma compresivo es la realización de una laminectomía descompresiva

urgente, la descompresión quirúrgica ha de realizarse en menos de 24 horas tras el inicio de la clínica, aunque hay datos que indican que si se demora más de 8 horas después de comenzados los síntomas puede existir peor pronóstico.

Según lo expuesto la inspectora concluye que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante no puede ser considerada en su totalidad como ajustada a la normopraxis, estimándose inadecuada a la condición concreta presentada por la paciente y que el seguimiento implementado ha carecido de diligencia y exhaustividad, pues la demora diagnóstica producida por el retraso de la ejecución de una RMN diagnóstica tres días después de objetivarse fehacientemente los primeros déficits motores cuando ya existía más patología es “*ciertamente cuestionable*”.

Como ha quedado expuesto, el dictamen pericial emitido a instancia del SERMAS comparte expresamente dicha conclusión, que también asume la propuesta de resolución.

Todo ello teniendo en cuenta que, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016):

“(...) si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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.”

QUINTA.- Una vez determinada la existencia de una responsabilidad objetiva de la Administración sanitaria hemos de fijar la indemnización correspondiente.

En este caso la reclamante se limita a manifestar su disconformidad con la cuantía de la indemnización fijada en el informe pericial solicitado por el SERMAS, sin ofrecer una valoración alternativa.

Por ello esta Comisión a la vista del informe de valoración de daños emitido por perito especialista en el seno del procedimiento, que da cumplida cuenta de los conceptos indemnizables y de su cuantificación por referencia a las lesiones y secuelas padecidas por la reclamante, considera fundada dicha cantidad de 55.093,82 euros, que a su vez, asume la propuesta de resolución. Esta cantidad deberá actualizarse de conformidad con lo establecido en el artículo 34.3 de la LRJSP.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada y reconocer a la reclamante una indemnización de 55.093,82 euros, que deberá actualizarse de conformidad con lo establecido en el apartado 3 del artículo 34 de la LRJSP.

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 21 de diciembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 659/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid