

Dictamen nº: **34/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **25.01.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 25 de enero de 2022, 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 procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. (en adelante “*el reclamante*”) por los daños derivados de la infiltración anestésica realizada en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 4 de junio de 2020 la persona citada en el encabezamiento, representada por letrado, presenta en el registro del Servicio Madrileño de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria dispensada en la infiltración anestésica del ramo posterior y medial de las raíces L3-L4 realizada el 24 de septiembre de 2019 en el Hospital Universitario La Paz, para tratar dolor lumbar.

Refiere que, su representado es un paciente con antecedentes de portador de la mutación de Antitrombina III y sordera profunda bilateral secundaria a ototoxicidad por antibióticos y que en el año

2013 sufrió un accidente de tráfico que le provocó lesión del aparato extensor de la mano derecha y fractura de L4 que le provocó dolor a nivel lumbar.

Según la reclamación, para tratar el dolor lumbar, el día 24 de septiembre de 2019 acudió al Hospital Universitario La Paz para que le practicasen una infiltración anestésica del ramo posterior y medial de las raíces L3-L4 previa firma del documento de consentimiento informado en el que no se contempla ni se le informó verbalmente de la posibilidad de que pudiera sufrir una severa limitación funcional, orgánica o conversiva, como es la paraparesia de miembros inferiores que padece.

Explica que durante la infiltración sufrió un intenso dolor en la zona de la infiltración, irradiado a la pierna izquierda que le provocó una inmediata debilidad ipsilateral que incluso le imposibilitó la deambulación durante unas horas, lo que comunicó a los facultativos pero le indicaron que el dolor desaparecería rápidamente sin embargo el dolor persistió y tuvo que acudir el 27 de septiembre de 2019 a Urgencias, donde se acordó el ingreso hospitalario para administrarle tratamiento con corticoides a altas dosis con lo que se consiguió una recuperación parcial de la fuerza en dicha extremidad, recibiendo alta hospitalaria el 2 de octubre de 2019, pero tres días después padeció una brusca debilidad en hemicuerpo derecho y alteraciones de la sensibilidad ipsilaterales. Acudió el 5 de octubre nuevamente a Urgencias, se acordó su ingreso en Neurología, le realizaron una resonancia magnética del neuroeje sin contraste y un electromiograma que fueron considerados normales y recibió alta el 17 de octubre sin encontrar patología orgánica alguna por lo que se planteó estudio por parte del Servicio de Psiquiatría.

Indica que, tras la infiltración, desarrollo un progresivo cuadro degenerativo que le ha acarreado un severo déficit muscular

progresivo que le ha afectado a ambas extremidades inferiores incapacitándole para la marcha funcional, que persiste a la fecha de presentación de la reclamación.

Califica como desproporcionado el daño iatrogénico producido durante la infiltración anestésica de la columna.

No cuantifica la indemnización solicitada al no disponer de criterios suficientes para su determinación.

La reclamación se acompaña de la escritura de apoderamiento.

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

El paciente, nacido en 1984, con antecedentes de accidente de tráfico en el año 2013 que le provocó lesión del aparato extensor de la mano derecha, así como fractura de L4 que le provocó dolor a nivel lumbar, portador de la mutación de Antitrombina III, hipoacusia desde la infancia y sordera profunda bilateral secundaria a ototoxicidad por antibióticos, acude el 25 de enero de 2019 a consulta de la Unidad de Dolor del Hospital Universitario La Paz refiriendo dolor lumbar desde el año 2013, localizado en región lumbosacra, irradiado hasta glúteos y muslo. El dolor es continuo, no tolera posturas prolongadas y es de características mixtas que se exacerba con posturas prolongadas y se alivia andando y en decúbito lateral.

En RMN realizada en 2017 se observa presencia de leve acuñaamiento anterior del cuerpo vertebral de L4 con cambios sustitutivos óseos grasos medulares. Datos de discopatía degenerativa desde L3 hasta S1 identificando en L4-L5 una pequeña protrusión foraminal derecha L5-S1 que reduce las dimensiones de dicho agujero

de conjunción, no pudiendo descartar contacto con la raíz lateral derecha de L5 a ese nivel.

A la vista de dicho cuadro, se propone al paciente ajuste de medicación oral pero el paciente prefiere no hacer cambios y se incluye en lista de espera para realizar bloqueo facetario bilateral.

El 4 de septiembre de 2019 firma el documento de consentimiento informado para bloqueo de facetas lumbares. En él se describe el procedimiento, riesgos a nivel general y complicaciones poco frecuentes.

El 24 de septiembre de 2019, con diagnóstico preoperatorio principal de lumbalgia, la Unidad del Dolor realiza bloqueo diagnóstico de facetas lumbares siguiendo el protocolo quirúrgico de este procedimiento. La infiltración se realiza en decúbito prono, bajo escopia, sin complicaciones. Se infiltra con 1 ml de levobupí 0.125 % y 10 mg de triamcinolona, sin complicaciones.

El 26 de septiembre de 2019 el paciente acude a Urgencias del Hospital La Paz por dolor lumbar con sensación de hipoestesia y dolor en pierna izquierda con impotencia funcional. Refiere sensación distérmica sin termometrar desde hace 48h y asocia náuseas sin vómito y mareo sin giro de objetos. Sí refiere mejoría de lumbalgia.

En la exploración física de columna lumbar no presenta deformidades, ni apofisalgias ni dolor a la palpación en ningún punto. En miembros inferiores: hipoestesia en cara interna de muslo y pantorrilla izquierda, con fuerza abolida a nivel de cuádriceps y disminución de fuerza en tibiales anteriores. No se puede poner de puntillas ni talones en miembro inferior izquierdo. Reflejos presentes. Marcha arrastrando miembro inferior izquierdo. Pulsos presentes, no edemas, ni signos de trombosis venosa profunda.

Se valora junto con neurocirujano de guardia y se consensua ingreso para realizar una RNM dado el empeoramiento desde la infiltración.

El paciente necesita el alta voluntaria por problemas personales. Se insiste en la necesidad de ingreso. El diagnóstico es de impotencia funcional de miembro inferior izquierdo tras infiltración.

El 27 de septiembre de 2019 acude a Urgencias para ingreso a cargo de Neurocirugía. Desde su ingreso se pauta analgesia y corticoterapia. Presenta mejoría significativa al tratamiento hasta la situación previa a la infiltración.

Se realiza RMN en la que se observan hernias de Schmörl en charnela toracolumbar. Acuñaamiento anterior del cuerpo vertebral L4 con herniación intraesponjosa del disco y fenómenos tipo Modic 2 rodeándola. Canal raquídeo de buen calibre. Cono medular y cola de caballo dentro la normalidad. Se observa disminución de altura y señal T2 del disco L3-L4 que presenta aumento de diámetro transversal e impronta en región inferior y lateral de ambos forámenes de conjunción de forma similar a lo visto hace dos años. Protrusiones leves posteromedial y foraminal izquierda del disco L4-5. Protrusión crónica posterolateral derecha L5-S1 con osteofitos acompañantes a receso lateral, también sin cambios. Se observa bostezo en articulaciones interapofisarias L4-L5, bilateral. El informe recoge la siguiente conclusión: no se observan colecciones intrarraquídeas. No se observan complicaciones agudas del procedimiento. Cambios degenerativos óseos y discuales similares a los vistos en RM de hace dos años.

Con diagnóstico de paresia de miembro inferior izquierdo tras infiltración de facetas recibe alta el 2 de octubre con tratamiento de analgesia habitual y de rescate, pauta descendente de corticoide,

solicitar rehabilitación preferente ambulatoria y seguimiento por la Unidad del Dolor.

El 5 de octubre de 2019 acude nuevamente a Urgencias por pérdida de sensibilidad en hemicuerpo inferior. Además, asocia pérdida de sensibilidad en todo el brazo izquierdo y refiere pérdida de gusto. En la exploración neurológica presenta balance muscular fuerza 5/5 en miembros superiores y miembro inferior derecho. Fuerza 4/5 en miembro inferior izquierdo. Sensibilidad: discrimina presión pero no sensibilidad en miembro superior izquierdo. En resto de miembros normal.

Con el diagnóstico de hipoestesia y disminución de fuerza en miembro inferior izquierdo ingresa en el Servicio de Neurología para estudio de alteraciones sensitivas y debilidad en miembro inferior izquierdo. Durante el ingreso refiere empeoramiento clínico con dificultad para movilización de musculatura facial derecha, que moviliza de forma adecuada durante el habla y gesticulaciones. Posteriormente permanece estable clínicamente.

Se realiza electromiograma de los nervios femoral, peroneal común y tibial izquierdos en el que se observan datos de lesión axonal parcial en territorio de los nervios femoral, peroneal común y tibial izquierdos, de carácter agudo y de grado leve, lesión que se ha producido a nivel ganglionar/postganglionar, a valorar en el contexto clínico del paciente.

También se realiza electromiograma de miembro superior izquierdo que concluyó: ausencia de denervación aguda, PUMs de parámetros normales y trazados interferenciales en miotomas C5 a T1 izquierdos. Conducciones nerviosas realizadas en el miembro superior izquierdo sin alteraciones. Estudio neurofisiológico normal. No hay datos de radiculopatía motora en miotomas C5 a T1 izquierdos ni de lesión de los nervios periféricos analizados.

Se realiza RM craneal y de columna completa. El estudio de parénquima encefálico sin hallazgos significativos. Lesiones aisladas en sustancia blanca frontal, inespecíficas. Estudio de columna completa sin observar alteraciones en relación al contexto clínico propuesto. Compromiso de espacio en receso lateral derecho C5-C6 secundario a cambios degenerativos osteodiscales. Hernia intraesponjosa con acuñamiento del platillo superior de L4, con cambios grasos sin modificaciones respecto a RM previa.

Se interconsulta a Cirugía Vascular que no encuentra sospecha de trombosis venosa profunda, ni otra patología vascular que explique el cuadro que refiere el paciente.

Se interconsulta a Rehabilitación que encuentra al paciente consciente y orientado en las tres esferas. Lenguaje coherente. Nomina, comprende y repite. No disartria. Desviación comisura bucal derecha, aparenta de parálisis facial central derecha (sonrisa asimétrica, cierre ocular simétrico). Adecuado control de tronco. Pasa a bipedestación sin ayuda. Marcha con ayuda de andador, con imposibilidad para la flexión de cadera, rodilla y tobillo de miembro inferior izquierdo. Aumento de base de sustentación y tendencia a la antepulsión. Plan: reeducación de la marcha.

Se interconsulta a Psicología clínica que programó seguimiento ambulatorio.

El 17 de octubre de 2019 recibe alta con diagnóstico de hemiparesia y hemihipoestesia parcheada sin datos de lesión del sistema nervioso subyacente. Otros diagnósticos: lesión axonal parcial en territorio de los nervios femoral, peroneal común y tibial izquierdos, de carácter agudo y de grado leve. Hernia intraesponjosa con acuñamiento del platillo superior de L4 estable.

Tras el alta, el paciente fue revisado en Consultas de Rehabilitación y Neurología en noviembre y diciembre de 2019.

En Rehabilitación se anota como juicio clínico: monoparesia de miembro inferior izquierdo en estudio. Hipoestesias fluctuantes no congruentes con territorios nerviosos. El diagnóstico es de déficit muscular a filiar y en recomendaciones se anota *“ante la incongruencia en la exploración se decide no pautar tratamiento de rehabilitación hasta tener un diagnóstico”*.

En Neurología el diagnóstico principal es de lesión axonal parcial en territorio de los nervios femoral, peroneal común y tibial izquierdos, de carácter agudo y grado leve tras infiltración de columna lumbar.

En enero de 2020 se realizaron al paciente nuevos estudios de Electromiografía que mostraron ausencia de denervación aguda y ausencia de PUMs por no realizar esfuerzo voluntario. Conducciones nerviosas realizadas en los miembros inferiores de parámetros normales y simétricos.

Se objetivó una recuperación completa de los parámetros neurofisiológicos de los nervios antes mencionados. No se registran signos de denervación aguda en miotomas L3 a S1 izquierdos, aunque no es posible valorar una posible pérdida de unidades motoras en dichos territorios por falta de contracción muscular voluntaria

El 22 de enero de 2020 se realizó estudio de PSSE (potenciales evocados somatosensoriales) que mostro respuesta a nivel cortical de latencia y amplitud dentro de la normalidad.

El paciente fue revisado en Neurología del Hospital Universitario La Paz el 4 de febrero de 2020. Se objetiva una recuperación completa de los parámetros neurofisiológicos de los nervios. No se registran signos de denervación aguda en miotomas L3 a S1 izquierdos. No se

objetiva patología neurológica. Impresiona de componente psicógeno. Se recomienda seguimiento en Psiquiatría y Rehabilitación.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente del Hospital Universitario La Paz.

El 12 de junio de 2020 el coordinador de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz emite informe en el que señala que el paciente fue remitido a la Unidad del Dolor y fue evaluado el 25 de enero de 2019 por un cuadro de lumbalgia con los antecedentes que tenía. Se realizó exploración física, se realizaron pruebas complementarias y ante el cuadro que presentaba se decide incluir en lista de espera para bloqueo de ramos mediales lumbares, y si fuese positivo, posterior radiofrecuencia, lo que se explicó al paciente y aceptó. El preoperatorio se realizó el 4 de septiembre y se le explicó verbalmente la técnica, los posibles riesgos y firmó el documento de consentimiento informado.

Respecto a la infiltración realizada expresa el informe que se realizó el bloqueo de ramos mediales sin complicaciones. *“Tras la técnica el paciente refiere dolor lumbar y en miembro inferior izquierdo que no corresponde con el propio de la técnica, se explica al paciente y se da de alta”.*

Explica en el informe que cuando el paciente acude a Urgencias el 26 de septiembre por un cuadro de pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo el paciente decide alta voluntaria por motivos personales y cuando al día siguiente acude nuevamente a Urgencias

se realizó RMN y RM en las que no se observan colecciones intrarraquídeas, no se observan complicaciones agudas del procedimiento y los cambios degenerativos óseos y discales son similares a los vistos en RM de hace dos años.

Prosigue analizando el informe la asistencia sanitaria posteriormente dispensada para finalmente indicar *“consideramos que el cuadro que refiere el paciente no se relaciona con la técnica realizada en la Unidad del Dolor y muestra de ello es la discrepancia entre las pruebas objetivas realizadas así como la sugerencia por parte de los distintos especialistas de ser un cuadro conversivo”*.

El 15 de junio de 2020 el representante del reclamante comunica la imposibilidad de cuantificar la indemnización solicitada.

También figura en el expediente el informe de 9 de diciembre de 2020 de la Inspección Sanitaria, en el que concluye que la asistencia sanitaria reclamada, prestada a cargo de la Unidad del Dolor, el 24 de septiembre de 2019, no se objetiva practicada irregularmente, sino con corrección.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia al reclamante que formula alegaciones en escrito presentado el 30 de junio de 2021 y a la vista del informe emitido por el Servicio de Neurología cuando afirma *“no se objetiva patología neurológica. Impresiona componente psicógeno”* interesa la incorporación al expediente de la historia clínica del paciente del Servicio de Psiquiatría que confirme si se trata de un cuadro conversivo y cuál es el origen y causa del mismo.

Con posterioridad se incorpora al expediente un informe clínico del Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz de 30 de diciembre de 2020 en el que se describe el seguimiento realizado al paciente con diagnóstico principal

de trastorno por estrés postraumático y otros diagnósticos: *“trastorno de ansiedad, disociativo, relacionado con estrés y otros trastornos mentales somatomorfos no psicóticos”*.

Se solicita nuevamente informe a la Inspección Sanitaria ratificándose en informe de 8 de septiembre de 2021 en el previamente emitido. No objetiva vinculación entre el cuadro neurológico persistente del paciente y el bloqueo objeto de reproche, resalta que en la resonancia posterior al bloqueo no se observaron colecciones intrarraquídeas ni complicaciones agudas del procedimiento y señala que *“no corresponde a esta Inspección la labor diagnóstica de establecer si hay o no el trastorno conversivo aludido”*.

Tras la incorporación de los anteriores informes se da audiencia al reclamante y no consta la presentación de alegaciones.

Finalmente, el 14 de diciembre de 2021 se formula propuesta de resolución en la que se desestima la reclamación al no existir evidencia de que la asistencia haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

Consta incorporado al expediente el Decreto de 10 de mayo de 2021 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid por el que se admite a trámite el recurso contencioso-administrativo interpuesto contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El 17 de diciembre de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 697/21 a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 25 de enero de 2022.

A la vista de tales 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, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en 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, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche. Actúa debidamente representado por letrado.

En cuanto a la legitimación pasiva, le corresponde a la Comunidad de Madrid, titular del servicio sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, el interesado reprocha la infiltración realizada el 24 de septiembre de 2019 por lo que no cabe duda de la presentación en plazo de la reclamación formulada el 4 de junio de 2020.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe del servicio implicado en el proceso asistencial del reclamante, la Unidad de Dolor del Hospital Universitario La Paz. Consta que el instructor del procedimiento solicitó informe a la Inspección Sanitaria y tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia al interesado, que formuló alegaciones en el sentido ya expuesto. Posteriormente se incorporó al procedimiento el informe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz, la Inspección Sanitaria emitió nuevo informe y otorgada nuevamente audiencia al reclamante, no figura en el expediente la presentación de alegaciones. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor, y

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

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal

o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 el reclamante reprocha que tras la infiltración, desarrollo un progresivo cuadro degenerativo que le ha acarreado un severo déficit muscular que le ha afectado a las extremidades inferiores.

Además, reprocha que en el documento de consentimiento informado firmado no se contempla, ni se le informó verbalmente, de

la posibilidad de sufrir una severa limitación funcional, orgánica o conversiva, como es la paraparesia de miembros inferiores que padece.

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 Justicia 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, conviene señalar que en este caso el reclamante no ha aportado al procedimiento ningún tipo de prueba que pueda acreditar la existencia de mala praxis en la infiltración que le fue practicada.

A la vista de la historia clínica e informes obrantes en el expediente se evidencia que el interesado desde el año 2013 presentaba dolor lumbar localizado en región lumbosacra, irradiado hasta glúteos y muslo, tras fractura postraumática de L4 en accidente de tráfico y a la vista del cuadro clínico que presentaba, según RMN realizada en el año 2017, se le incluye en lista de espera para bloqueo de ramos mediales lumbares que el reclamante acepta y firma el documento de consentimiento informado.

Para la Inspección Sanitaria el enjuiciamiento clínico y la actitud de la Unidad del Dolor, con la indicación del procedimiento fue correcta.

En cuanto al procedimiento, según la historia clínica e informes obrantes en el expediente, la infiltración se realizó sin complicaciones. La técnica se realizó bajo control y con uso de contraste. Según el protocolo quirúrgico se comprobó con contraste ausencia de inyección intravascular o intratecal o epidural y se infiltró con 1 ml de levobupí 0.125% y 10 mg de triamcinolona, sin incidencias. Tras la técnica, según el informe de la Unidad del Dolor el paciente refirió dolor lumbar y en miembros inferiores, lo que no corresponde con el propio de la técnica, lo que se explicó al paciente y recibió alta.

A las 48 horas de la infiltración el paciente acudió a Urgencias y refirió dolor no pasajero en miembro inferior izquierdo con impotencia funcional, ingresó en Neurocirugía y se realizó una RMN que concluyó que no se observaban colecciones intrarraquídeas ni complicaciones agudas del procedimiento, con cambios degenerativos óseos y discales similares a los vistos en RM del año 2017. Durante el ingreso hospitalario el paciente se recuperó del cuadro de dolor y paresia en miembro inferior izquierdo, alcanzando balance muscular normal, previo a la infiltración.

Posteriormente presentó cuadro neurológico de alteraciones de la sensibilidad y recidiva de la pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo, ingresó en el Servicio de Neurología y se realizó un electromiograma en el que según la Inspección Médica se halló una cierta lesión axonal aguda leve en nervios de ese miembro, posteriormente recuperada de forma completa y sin objetivarse más lesiones en estudios electromiográficos posteriores, estudios motores y de sensibilidad realizados.

Para la Unidad del Dolor, el cuadro neurológico que refiere el paciente no se relaciona con la técnica realizada en la Unidad del Dolor lo que corrobora la Inspección Sanitaria al afirmar que no se objetiva vinculación entre el cuadro neurológico persistente y el bloqueo facetario.

Así pues, conforme a la documentación obrante en el expediente e informes de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz y de la Inspección Sanitaria la asistencia prestada fue correcta, criterio al que nos remitimos dada la relevancia que, en línea con las resoluciones judiciales –como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 3 de marzo de 2017 (recurso 538/2013)- solemos otorgar a los informes de la Inspección Sanitaria, cuyas consideraciones en este caso no han sido desvirtuadas por el interesado que no ha acreditado la existencia de mala praxis.

Respecto al reproche de ausencia de información, verbal y en el documento de consentimiento informado, sobre la posibilidad de que pudiera sufrir paraparesia de miembros inferiores, no cabe duda de la importancia de la información que ha de suministrarse al paciente para que preste su consentimiento, tal y como se regula en la actualidad en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, cuyo artículo 3 lo define como *“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 20/24 lugar una actuación que afecta a la salud”*. Información que incluye los posibles riesgos que se puedan producir (art. 8.3 Ley 41/2002).

En este caso, el informe de la Unidad del Dolor expresa que se le facilitó información verbal y se explicó al paciente la técnica de

bloqueo de facetas lumbares que aceptó y firmó el documento de consentimiento informado.

En el documento de consentimiento informado firmado por el paciente el 4 de septiembre de 2019 para bloqueo de facetas lumbares, del Servicio de Anestesiología y Reanimación (Unidad de Tratamiento del Dolor) se describe la técnica, objetivos que se persiguen, riesgos generales y complicaciones frecuentes, como molestias locales y síncope vasovagal, y otras complicaciones poco frecuentes, como la penetración de la aguja en otras estructuras de la región.

Para la Inspección Sanitaria el documento de consentimiento utilizado para el bloqueo facetario facilitado al paciente es el previsto por la Sociedad Española del Dolor y considera correcta la información en el aportada.

Además, tal y como hemos expuesto entre otros en el dictamen 233/16 de 23 de junio, en el 142/17, de 6 de abril o en el 424/20 de 29 de septiembre, 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 mismo sentido se ha pronunciado el Tribunal Supremo en su sentencia de 5 de diciembre de 2012.

Por lo expuesto, en contra del reproche efectuado, no puede considerarse vulnerado el derecho a la información del paciente, consagrado en la Ley 41/2002.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada.

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 25 de enero de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 34/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid