

Dictamen nº: **177/14**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **30.04.14**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 30 de abril de 2013, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por C.I.B.D. (en adelante “*la reclamante*”), sobre los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Severo Ochoa.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Con fecha 24 de junio de 2013, la reclamante, asistida por representación letrada, presentó escrito por el que solicitaba la declaración de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid, en relación con los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO), en relación con las lesiones padecidas tras la administración de una anestesia epidural preparto.

En su escrito manifestaba que ingresó el 23 de junio de 2012 en el HUSO para parto natural y que requirió la administración de anestesia epidural, la cual no pudo administrarse tras tres intentos fallidos y que provocó la pérdida de líquido cefalorraquídeo.

Relataba que, con posterioridad al parto presentó cefalea continuada, la cual no desapareció con la analgesia, y malestar general durante varios días, lo que motivó que permaneciera ingresada hasta el 29 de junio siguiente, pese a haber tenido un parto normal.

Igualmente reprochaba que el alta hospitalaria fue decidida indebidamente, habida cuenta que a las pocas horas de la misma sufrió un cuadro brusco de ictus, por lo que fue trasladada desde su domicilio al Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde se le diagnosticó de hematoma intraparenquimatoso frontoparietal derecho espontáneo, que requirió diversas intervenciones quirúrgicas.

Insiste la reclamante en que padeció dolor y cefalea postpunción de la duramadre desde el primer día del ingreso, recibiendo como único tratamiento durante siete días la medicación prescrita por los anestesistas, sin haberse practicado ninguna prueba diagnóstica, y señalaba que una mera prueba de imagen hubiera podido descartar una hemorragia interna que provocara la cefalea y que dio lugar al ictus sufrido el 29 de junio de 2012, así como las graves secuelas a raíz del mismo.

Consideraba que, existe relación de causalidad entre la punción y el daño ocasionado y una clara negligencia en su realización que además se llevó a cabo por un médico residente sin que conste su debida formación para ello.

Del mismo modo reprocha que no existió el preceptivo consentimiento informado para la administración de la anestesia epidural durante el parto normal de su hija, por cuanto el obrante adolecía de los siguientes datos: nº de historia clínica, nombre de la paciente, nombre del médico que informaba, la fecha en que se informó a la paciente, la descripción del riesgo personalizado. Además la reclamante no reconocía como suya la firma obrante en el consentimiento informado.

Como secuelas permanentes sufridas señalaba las siguientes: alteración del lenguaje, pérdida de fuerza y sensibilidad en extremidades izquierdas, hipertensión arterial, plequetopenia, hipercolesterolemia, síndrome depresivo y defecto óseo frontoparietaltemporal derecho.

Solicitaba por ello una indemnización por importe de trescientos sesenta mil euros (360.000 €) y acompañaba a su reclamación poder general para pleitos y diversa documentación clínica.

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

La reclamante, gestante de 37 semanas, de 27 años de edad en el momento de los hechos, acudió el 23 de junio de 2012 al Servicio de Urgencias del HUSO para parto. Previamente, acudió a consulta preanestésica el día 11 de junio de 2012, donde se le explicó la técnica para la anestesia epidural.

Consta en la historia clínica un documento de consentimiento informado para “*anestesia epidural durante el parto*”, cuyo único dato es la firma de la paciente y del médico.

En la sala de dilatación, el residente de guardia de anestesia colocó catéter epidural entre L3 y L4 objetivándose salida de líquido cefalorraquídeo (LCR), en posible relación con perforación iatrogénica de la duramadre, retirándose la aguja. El médico adjunto del mismo Servicio realizó un segundo intento a un nivel superior, L2 y L3, colocando un catéter y refluviendo de nuevo LCR por lo que también se retiró. Finalmente, se decidió una anestesia convencional.

Tras un parto normal, al día siguiente, refirió cervicalgia sin mareo ni cefalea; fue valorada por el residente de guardia decidiéndose iniciar el protocolo de tratamiento de cefalea postpunción lumbar.

Fue tratada con analgésicos, corticoides, cafeína y fluidoterapia y quedó ingresada en la Unidad del Dolor con seguimiento diario.

El día 25 de junio presentó empeoramiento del dolor cervical sin cefalea acompañante que le obligó a permanecer en decúbito supino, por lo que tras ser valorada de nuevo, se incrementó la pauta analgésica.

Al día siguiente mejoró clínicamente, aunque con cefalea al incorporarse. Fue valorada neurológicamente sin hallarse signos de irritación meníngea, aumentándose la fluidoterapia y cambiando la pauta analgésica.

El día 27 de junio realizó vida cama-sillón con persistencia de cefalea, mejorando al día siguiente, consiguiendo deambular sin dolor de cabeza pero persistiendo molestias a nivel cervical. Se modificó la medicación a vía oral, recibiendo el alta hospitalaria tras valoración ginecológica el día 29 de junio.

Ya en su domicilio, sufrió un episodio de alteración brusca del lenguaje con hemiparesia izquierda, siendo atendida por el SAMUR que procedió a su traslado al Hospital Ramón y Cajal por ictus. A su llegada se efectuó TAC que diagnosticó un hematoma intraparenquimatoso frontoparietal derecho de importante tamaño. Se realizó craneotomía descompresiva y evacuación del hematoma intraparenquimatoso. El día 30 de junio se objetivó midriasis derecha, por lo que se solicitó nuevo TAC que reveló la existencia de un hematoma epidural con herniación transtentorial y subfalcina y hemorragia intraventricular asociada; fue sometida a una segunda intervención para nueva evacuación.

A las pocas horas mostró de nuevo midriasis en relación al mismo proceso con resangrado parenquimatoso frontoparietal, siendo necesaria la ampliación de la craneotomía evacuándose de nuevo el contenido hemático y quedando ingresada en UCI.

En estudio de hipercoagulabilidad se detectó anticoagulante lúpico positivo y anticardiolipina negativo. Quedaron también reflejadas crisis hipertensivas que fueron manejadas con fármacos intravenosos siendo dada de alta el día 18 de julio, neurológicamente consciente, alerta, orientada, con lenguaje claro y coherente, cierta disartria y obedeciendo órdenes, parálisis facial central derecha y hemiplejía izquierda.

Se trasladó a la reclamante a su centro de referencia, HUSO. Fue vista por el Servicio de Rehabilitación durante todo el ingreso mejorando motormente pero siendo incapaz de mantenerse en bipedestación. Se le calculó un índice de Barthel de 90 (dependencia leve) con escala de Rankin modificada de 2 (incapacidad leve).

El alta hospitalaria se realizó el 8 de agosto con el diagnóstico de hematoma intraparenquimatoso frontoparietal de etiología no filiada e hipercolesterolemia. El informe de alta recoge “*no queda clara la etiología de la hemorragia intracraneal, ya que la hipertensión arterial se objetivó únicamente durante su estancia en UVI en la fase aguda de los hematomas y el estudio nefrológico no ha mostrado alteraciones relevantes. Podría tratarse de una coagulopatía, dado el hallazgo de anticoagulante lúpico positivo en el estudio de hipercoagulabilidad. No se puede descartar cierta relación con la anestesia epidural previa recibida en el parto*”.

**TERCERO.-** A causa de la referida reclamación se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento

Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al expediente informe del jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia del HUSO, de 5 de julio de 2013, en el que se recoge:

*“(...) La punción dural accidental o punción húmeda, durante la anestesia-analgesia epidural, continúa siendo una de las causas principales de cefalea postpunción dural. El carácter postural de la cefalea (ortostática) se convierte en el síntoma principal en estos casos.*

*Aunque la gran mayoría se resuelven en menos de una semana, la cefalea postpunción comporta una morbilidad asociada, alarga la estancia hospitalaria, incrementa el número de consultas posteriores a los servicios de urgencia y provoca una marcada disminución en la actividad diaria y aunque son muy raras, pueden existir complicaciones graves asociadas, como hematomas subdurales y crisis convulsivas. Se ha pretendido atribuir a la hipotensión del líquido cefalorraquídeo como favorecedor de la aparición de hemorragias e incluso vasoespasmo secundario, pero hoy día se acepta que la causa del dolor es la vasodilatación inicial cerebral compensatoria”.*

El jefe de Sección de Neurología del HUSO, en su informe de 22 de julio de 2013 recoge las actuaciones clínicas en su Servicio desde el 18 de octubre de 2012.

De igual forma, se ha incorporado el informe emitido por el jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Dolor, de 18 de julio de 2013, en el que concluía:

*“Consideramos que la punción dural accidental, al intentar insertar un catéter epidural para analgesia durante el trabajo de parto, ha podido ser un factor predisponente, pero no causante directo, de la posterior hemorragia intraparenquimatosa frontoparietal que presentó la paciente una semana después. En nuestra opinión, la detección de anticoagulante lúpico positivo, en el estudio de hipercoagulabilidad realizado durante su ingreso en el Hospital Ramón y Cajal, puede haber sido también un factor contribuyente del accidente cerebrovascular sufrido por la paciente (...). Si bien hay que decir que en el estudio de Hipercoagulabilidad, llevado a cabo en nuestro centro 5 meses después del episodio, el anticoagulante lúpico fue negativo, así como el resto de marcadores estudiados, concluyéndose, con fecha 11/12/2012, que el estudio de hipercoagulabilidad es normal. Otros factores de riesgo de sufrir un ACVA, presentes en la paciente, son el puerperio, el tabaco y los anticonceptivos orales.*

*Desconocemos si la paciente tenía alguna malformación arteriovenosa cuya ruptura pudiera haber sido el origen de la hemorragia espina o cerebral (...). La ruptura de una MAV está favorecida por la pérdida de LCR producida por una punción húmeda, pero también y sobre todo por episodios de Hipertensión arterial, es la causa más frecuente como ya se ha explicado anteriormente. La situación de trabajo de parto, analgesia incompleta y aumento de presión intrabdominal durante el periodo expulsivo pueden ser también factores predisponentes.*

*La realización de una prueba de imagen no forma parte de los protocolos habituales de manejo de una cefalea post punción dural accidental si hay mejoría o cese de la sintomatología en los primeros días de evolución. En nuestra paciente se vio una mejoría paulatina de los síntomas, por lo que no se sospecharon complicaciones mayores.*

*Si la evolución clínica de la cefalea postpunción dural hubiese sido de empeoramiento con alteración en la exploración neurológica, sí que habría estado indicada la realización de una prueba de imagen como un TAC cerebral.*

*En cuanto a las lamentables secuelas neurológicas graves que presenta la enferma en la actualidad, creemos que son consecuencia del referido accidente cerebrovascular agudo y de las complicaciones hemorrágicas sucesivas graves que precisaron de tratamiento neuroquirúrgico evacuador, por 3 veces en 24 h., en el Hospital Ramón y Cajal, con posterior ingreso en la UVI del mismo centro durante 8 días.*

*Considero que la atención prestada a la paciente por el servicio de Anestesiología y Reanimación fue en todo momento correcta, pertinente y conforme a los principios de la buena práctica médica. (...)".*

Por su parte, la Inspección Médica emitió informe, de fecha 16 de agosto de 2013, en el que, tras hacer una exposición de los hechos, en su apartado juicio clínico reproducía las consideraciones del informe del Servicio de Anestesiología y manifestaba:

*"(...) Los cuidados anestesiológicos puerperales fueron correctos y el alta hospitalaria estuvo bien prescrita.*

*El cuadro ictal que se desencadenó en el domicilio de la paciente estuvo originado muy probablemente en la citada punción húmeda, si bien es difícil establecer el mecanismo exacto en este caso.*

*La incidencia de este tipo de problemas no es escasa y se presenta, en mayor o menor cuantía, en todos los hospitales. La punción lumbar es una exploración y un abordaje terapéutico rutinarios. En otras*

palabras, siempre existirán accidentes derivados del empleo de esta técnica sea cual sea el nivel de celo y destreza que se pongan en juego.

6.3. *EL PROBLEMA DE LOS RESIDENTES: (...) Hay que considerar aquí que los M.I.R. son licenciados en Medicina y Cirugía legalmente habilitados para la práctica médica, y nadie, en la comunidad científica, discute la idoneidad del sistema tutelado de residencia para formar nuevos médicos especialistas. De manera que los errores, omisiones e impericias en general de este tipo de personal novel hay que aceptarlos como parte integrante e inseparable del sistema que rige los hospitales que realizan formación postgrado. Por otra parte, ningún profesional está completamente libre de error: de hecho, la segunda punción fue realizada por el facultativo adjunto, es decir, por un experto.*

6.4. *EL ALTA HOSPITALARIA AL DOMICILIO TRAS EL PARTO: A mi juicio no fue imprudente, menos aún temeraria; el curso evolutivo puerperal está bien descrito en la historia clínica y no existe elemento alguno en el relato que permita dudar de la correcta indicación del alta. La paciente había mejorado claramente de las complicaciones inmediatas a la punción húmeda. Alternativamente, la decisión de mantener a la enferma hospitalizada en observación sí hubiera sido, a la luz de los datos clínicos conocidos en aquel momento, desaconsejable y fuente adicional de distintas posibilidades de morbilidad. (...)*

6.7. *EN RESUMEN: se puede dar por hecho que en todos los hospitales se producirán con cierta frecuencia, no excepcional, accidentes derivados de la técnica de la punción lumbar (como en este caso), y que las complicaciones graves (como las de este caso) tendrán una muy baja frecuencia de aparición”.*

Concluía el anterior informe que:

*“El servicio de Anestesiología y Reanimación del HUSO cometió un error (estadísticamente inevitable) que produjo un accidente en el curso de la punción lumbar para anestesia epidural administrada a la reclamante. Dicho accidente devino en unas muy severas complicaciones clínicas diferidas que supusieron graves sufrimientos físicos y morales a la paciente; finalmente, las secuelas físicas han sido calificadas como leves, pero suficientes para que se valore cuantitativamente una discapacidad física legal”.*

Consta en el expediente un dictamen médico pericial emitido por la entidad “Profesionales de la Medicina y del Derecho”, de 28 de octubre de 2013, realizado por dos facultativos (especialista en anestesiología y reanimación y en neurología respectivamente) y una profesora colaboradora del Departamento de Ciencias Médicas Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad A. En dicho dictamen se exponía:

*“Tras revisar los documentos aportados, la cefalea de la paciente se caracterizó por un claro componente postural durante los días que estuvo ingresada tras el parto, siendo el dolor moderado-leve (3-4 de la escala visual analógica), apareciendo al día siguiente tras la punción dural accidental y acompañándose de cervicalgia. Todos estos síntomas son típicos y característicos de la CPPD tras punción dural accidental. En todo momento las características del dolor de la paciente fueron típicas de CPPD, según consta claramente tanto en los comentarios médicos como en los de enfermería. No existió ningún síntoma ni signo anormal durante la evolución de la paciente que obligara a hacer diagnóstico diferencial con otra patología, y más aún hacer una prueba de imagen.*

*Tras el alta la paciente sufre un episodio de (...) ICTUS. (...) Es evidente que esta clínica deriva de la aparición aguda y espontánea de una hemorragia intraparenquimatosa cerebral en un momento en el que el cuadro de CPPO estaba prácticamente resuelto, siendo imposible demostrar un nexo causal directo entre la CPPO y la aparición espontánea de la hemorragia. Esto obliga a buscar otros nexos causales, como la presencia de plaquetopenia hasta 35000 o la detección de un anticoagulante lúpico positivo, pero sobre todo la existencia de una malformación arteriovenosa (MAV) u otro tipo de lesión vascular preexistente que pudiera ser la causa del sangrado.*

*A este respecto existen casos publicados en la literatura que relacionan la CPPO con el desarrollo de un hematoma subdural y con trombosis de senos cavernosos, pero no con el desarrollo de hematomas intraparenquimatosos”.*

Concluía el anterior dictamen “(...) la atención prestada a [la reclamante] en el Hospital Severo Ochoa fue acorde a la *Lex Artis ad Hoc* y no se encuentran indicios de errores diagnósticos o terapéuticos, conductas negligentes ni mala praxis por parte del personal asistencial que le atendió que puedan relacionarse causa-efecto con el evento ni cuadro final de la paciente”.

Consta notificada por los servicios postales, con fecha 24 de enero de 2014 la apertura del trámite de audiencia a la reclamante.

En uso de dicho trámite, con fecha 11 de febrero de 2014, presentó escrito de alegaciones en el que, reiteraba lo expuesto en su escrito de reclamación inicial, añadiendo que del informe que emite el Servicio de Inspección, que asevera la concurrencia de un error en el curso de la punción lumbar, se deduce la existencia de daño de naturaleza antijurídica que la paciente no tiene la obligación de soportar.

Formalizado el trámite de audiencia, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 14 de marzo de 2014, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial, por entender que la asistencia sanitaria prestada a la paciente en el HUSO fue conforme y respetuosa con el principio de la lex artis.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad, mediante Orden de 28 de marzo de 2014, que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el 3 de abril siguiente, solicita la emisión del preceptivo dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección II, presidida por la Excmo. Sra. Dña. Rosario Laina Valenciano, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 30 de abril de 2014.

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

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

## CONSIDERACIONES DE DERECHO

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f) 1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), al ser la reclamación de cuantía superior a 15.000 € (360.000 €), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, el consejero de Sanidad, según el artículo 14.1 de la LCC.

El dictamen se emite dentro del plazo legal establecido por el artículo 16 de la LCC.

**SEGUNDA.-** La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por ser la persona afectada supuestamente por una deficiente asistencia sanitaria. Actúa a través de letrada, cuya representación se acredita en debida forma a través de poder general para pleitos.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, al encontrarse el centro hospitalario implicado integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo para reclamar, el artículo 142.5 de la LRJ-PAC establece que prescribe al año de producirse el hecho lesivo y en el caso de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación de las secuelas. Como venimos considerando, rige en este ámbito el principio de la *actio nata*, de modo que el plazo de prescripción comienza a correr desde que la acción pudo ejercitarse, es decir cuando se conocieron los elementos que permitían su ejercicio, esencialmente el conocimiento del daño y de su ilegitimidad (dictámenes 51/10, 156/11, y 439/11, entre otros).

En el presente caso, la reclamante sufrió un ictus el 29 de junio de 2012 a las pocas horas de ser dada de alta del hospital; por consiguiente la reclamación debe entenderse formulada en plazo al haberse presentado con fecha 24 de junio de 2013, y ello con independencia de la curación o estabilización de las secuelas.

En otro orden de cosas, los procedimientos de responsabilidad patrimonial han de tramitarse de acuerdo con lo dispuesto en el RPRP. A estos efectos ha emitido informe el centro sanitario implicado, a través de los distintos servicios que prestaron asistencia, conforme establece el artículo 10 del RPRP y se ha concedido trámite de audiencia a la

interesada conforme los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Igualmente, se ha aportado el informe del Servicio de Inspección Sanitaria.

**TERCERA.-** Entrando ya a analizar el fondo de la pretensión que se formula, debemos partir de la consideración de que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución, y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

- 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, recoge dicha Sentencia que:

*"La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que "no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no*

*tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.*

**CUARTA.-** El daño debe entenderse acreditado, pues consta que tras el alta hospitalaria sufrió un hematoma intraparenquimatoso frontoparietal derecho espontáneo, que necesitó de diversas cirugías y que le ha producido las secuelas neurológicas ya descritas.

Ello sentado, el resultado dañoso debe tener su origen, como causa directa, en la actividad sanitaria que se reprocha, aspecto que en el presente caso debe analizarse en primer lugar.

Se trata de acreditar el nexo causal, que cobra relevancia tanto en éste como en otros ámbitos de la responsabilidad de las Administraciones Públicas, de modo que: “*Entre la actuación administrativa y el daño tiene que haber una relación de causalidad, una conexión de causa a efecto, ya que la Administración (...), sólo responde de los daños verdaderamente causados por su propia actividad o por sus servicios, no de los daños imputables a conductas o hechos ajenos a la organización o actividad administrativa*”, (Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de julio de 2002, recurso 3938/98, entre otras muchas).

A este respecto, aunque tanto el Servicio de Neurología del Hospital Ramón y Cajal en su informe de alta, como el informe del Servicio de Anestesiología del HUSO plasman dudas sobre si el origen de la hemorragia cerebral intracraneal fue la punción lumbar, o sobre su incidencia en las lesiones que presentó la paciente, lo cierto es que ambos apuntan a la misma como causa probable. Así el primero menciona que “*no se puede descartar cierta relación con la anestesia epidural previa recibida en el parto*” y el segundo habla de su consideración como “*factor predisponente*”.

Como decimos, ambos informes apuntan al error en la punción lumbar como causa probable del daño, aunque indemostrable a ciencia cierta. En todo caso, la Inspección Sanitaria, a través de los informes aportados, realiza un profundo análisis de las diversas complicaciones postpunción dural que se describen en la literatura médica (con distinción entre hematomas subdurales, hemorragias intraparenquimatosas y hemorragias subaracnoideas), para concluir en definitiva que dichas complicaciones, aunque hartamente infrecuentes (1/150.000 ó 300.000 casos) son posibles en este tipo de técnica anestésica y que el cuadro ictal estuvo originado “*muy probablemente*” en la citada punción húmeda.

El dictamen pericial aportado al expediente, sin embargo niega con rotundidad la relación de causalidad entre la punción y el hematoma intracraneal, y añade que no existe ningún caso registrado de hematoma intraparenquimatoso tras punción lumbar, si bien reconoce la existencia de complicaciones neurológicas y hemorrágicas tras dicha técnica.

En función de todo ello, particularmente por el alto valor que conlleva el juicio de la Inspección Sanitaria (como así lo hemos dejado patente en ocasiones, vid. Dictamen 447/13), debemos estimar que la punción lumbar fue la causa probable de la lesión cerebral y que en todo caso tuvo incidencia en el resultado dañoso, factores suficientes para entender acreditada la relación de causalidad en el ámbito de la responsabilidad que nos ocupa.

**QUINTA.-** Sin perjuicio de lo expuesto, para apreciar la responsabilidad que se solicita, la relación causa-efecto debe concurrir con el resto de los requisitos del instituto de la responsabilidad patrimonial administrativa en el ámbito sanitario.

En este sentido, la reclamante considera que el error en la punción lumbar le ha ocasionado las secuelas que padece, lo que a su juicio constituye un daño desproporcionado constitutivo de dicha responsabilidad.

Sin embargo, la existencia de un daño que pudiera considerarse o no desproporcionado, no determina por sí sola la existencia de responsabilidad.

En primer lugar, “*prestada la asistencia sanitaria con arreglo a la regla de la buena praxis desde el punto de vista científico, la consecuencia de la enfermedad o el padecimiento objeto de atención sanitaria no son imputables a la actuación administrativa y por lo tanto no pueden tener la consideración de antijurídicas*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2002, recurso 503/98).

Además, la Sentencia del Alto Tribunal de 9 de marzo de 2011, recurso 1773/2009, expone:

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

En este sentido no se pone en duda que no existía contraindicación para la aplicación de la anestesia epidural preparto, sino que lo que se afirma por la recurrente es precisamente que la perforación de la duramadre (punción húmeda), da lugar a la responsabilidad administrativa.

Sin embargo, el precitado “*riesgo propio*” o asumido en toda actuación médica, más si cabe cuando se trata de técnicas quirúrgicas, traumáticas o

invasivas, puede excluir la antijuridicidad del daño. Así, conforme el artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “*no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos*”.

De este modo, la propia ejecución de la técnica médica – en este caso la anestesia epidural –, conlleva la posibilidad de sufrir lesiones nerviosas; es consustancial a la propia técnica la posibilidad no deseable pero posible, de causar alguna lesión nerviosa, ya que “*la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 2004, Sala Tercera, Secc. 6<sup>a</sup>, recurso 2794/2000), y en todo caso la mala praxis implica algo más: “*una actuación negligente y descuidada*” (Sentencia del Alto Tribunal de la misma Sala y Sección de 19 de junio de 2008, recurso 2364/2004).

No cabe duda, conforme coinciden todos los informes aportados, que las complicaciones graves en la aplicación de la anestesia epidural son posibles y estadísticamente muy poco frecuentes, y por tanto deben considerarse previsibles pero inevitables y asumidas como un riesgo propio de la técnica médica.

Además de dicha posibilidad, a todo ello hay que añadir, sin perjuicio de lo que se dirá, que el documento de consentimiento informado para anestesia epidural recoge como “*complicaciones más frecuentes*”: “*en 2 de cada 100 casos se produce dolor de cabeza después del parto, que cede generalmente tras unos días con analgésicos, reposo y líquidos abundantes. Es posible que falle la técnica y se necesite más de una punción*”.

Añade el documento que: “*De forma excepcional, en un caso de cada 150000 o 300000 pueden aparecer complicaciones a nivel del Sistema Nervioso: sangrado en la zona de la médula (hematoma subdural), infección (meningitis), lesión de los nervios con alteración de la sensibilidad y de la fuerza (paresias y déficit neurológicos y paraplejias (parálisis))*”.

La acreditación de la comisión de un error pudiera indicar prima facie, que nos encontramos ante una actuación al margen de la *lex artis* y por tanto susceptible de ser indemnizada, como mantiene la reclamante en su escrito de alegaciones a la vista del informe elaborado por el Servicio de Inspección donde expresa: “*El servicio de Anestesiología y Reanimación del HUSO cometió un error (estadísticamente inevitable)....*” No obstante ello, un estudio más a fondo del concepto de la *lex artis*, nos lleva a descartar la existencia de daño antijurídico. En el ámbito médico, resulta innegable que las intervenciones quirúrgicas, las anestesias, los tratamientos agresivos, constituyen actividades muy peligrosas, admitidas en la medida en que resultan beneficiosas no solo para la sociedad en su conjunto, sino especialmente para los pacientes. El ordenamiento no puede permitir que un agente (el médico) lleve a cabo esta actuación peligrosa, y además exigirle que indemnice todos los daños que ocasionalmente la misma pueda originar. Ello nos obliga a discernir, en el ámbito de la actuación médica entre dos tipos de errores, los errores imprudentes y los no imprudentes. La aplicación del concepto de la *lex artis*, nos lleva a eximir de responsabilidad a aquellas actuaciones médicas que aun erróneas obedecen a una conducta diligente, en la medida en que implicando la práctica de la medicina el desarrollo de conductas sanitarias peligrosas eventualmente causantes de daños, todos los profesionales médicos, incluso los más experimentados se equivocan, sin rebasar por ello la frontera de la imprudencia. Quedan al margen de la *lex artis*, y por tanto constituyen supuestos susceptibles de indemnización, los llamados errores imprudentes que obedecen a conductas

en donde no se aprecia tal diligencia. En el presente caso, los informes médicos evacuados sí afirman la existencia de un error, pero al no existir el más mínimo vestigio de que el mismo fuera acompañado de imprudencia o falta de la adecuada diligencia, sino que, al contrario, se define como un error *estadísticamente inevitable*, hemos de concluir que dicho error entra dentro de los márgenes de actuación aceptados por la *lex artis*, siendo sus consecuencias, daños de naturaleza no antijurídica y por tanto no susceptibles de indemnización.

En este aspecto no puede estimarse que el hecho de que la punción lumbar se realizara por un médico residente dé lugar a una impericia o negligencia. En primer lugar porque los médicos internos residentes son licenciados en medicina y cirugía con independencia de la especialidad para la que se estén formando; por otra parte, el sistema docente y tutelado de los médicos internos residentes forma parte de la organización del propio sistema de asistencia sanitaria en España, a través de los oportunos conciertos y convenios entre los servicios de salud y los hospitales (conforme se articula en la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias).

Sería por tanto la actuación del facultativo la que debiera cuestionarse, con independencia de su condición de médico residente o adjunto, y sin que en este punto se haya acreditado una negligencia susceptible de generar responsabilidad (máxime cuando otro médico, esta vez adjunto, realizó una segunda punción que también derivó en salida de líquido cefalorraquídeo).

En el sentido indicado, los tribunales vienen considerando la posibilidad de error en la punción lumbar anestésica como un riesgo propio y asumido en su ejecución que excluye la responsabilidad (entiéndase no de un modo absoluto sino como razonamiento jurídico que en ningún caso ampararía la

mala praxis); así, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha de 21 de enero de 2008 (recurso 400/2003) expresa que: “*las lesiones alegadas por la parte actora en principio y desde los presupuestos probatorios del recurso, no constituyen un daño antijurídico, ya que la punción húmeda constituye un riesgo típico de la técnica anestesia empleada y no un error en la técnica (...) La complicación surgida durante la administración de la anestesia (punción húmeda), es un riesgo típico de la anestesia epidural*”. Y en el mismo sentido puede verse la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 13 de diciembre de 2006 (recurso 2657/2003).

Por todo ello, debemos considerar que el daño que, lamentablemente padeció la reclamante, no reúne el carácter de antijurídico.

**SEXTA.-** Sin perjuicio de lo expuesto, también se reprocha que tras el parto la reclamante presentara síntomas que deberían haberse interpretado como propios de una grave complicación neurológica, por lo que el alta hospitalaria fue indebida. Considera que el episodio de ictus que padeció a las pocas horas se podía haber evitado con una prueba de imagen que hubiera demostrado la grave complicación sufrida.

Sin embargo, en este punto, hay que mencionar, como dice la Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de febrero de 2006, recurso 2626/1999, recordando otras del mismo Tribunal:

“*En una medicina de medios y no de resultados, la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis de partida, pruebas que serán de mayor utilidad cuanto más precozmente puedan identificar ó descartar la presencia de una alteración, sin que ninguna presente una seguridad plena. Implica por tanto un doble orden de cosas: En*

*primer lugar, es obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles. En segundo, que no se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen”.*

De este modo, la Administración sanitaria ha dado una cumplida explicación de la adecuación del alta hospitalaria; así, las complicaciones que presentó tras el parto fueron tratadas conforme el protocolo de cefalea postparto, sin que se evidenciasen síntomas que debieran haber hecho sospechar una lesión de gravedad, a pesar de que esta se produjo horas después del alta.

Así, la reclamante presentaba el día posterior al parto - 24 de junio de 2012- cervicalgia sin mareo ni cefalea, el 26 presenta mejoría aunque presenta cefalea si se incorpora, sin signos de irritación meníngea, el 27 se levanta al sillón con persistencia de cefalea y el 28 inicia deambulación con importante mejoría, no cefalea y molestias en el cuello.

Esta mejoría no indicaba adecuada una mayor estancia hospitalaria ni la realización de una prueba de imagen. Así lo consideran tanto los informes de los distintos servicios como la propia Inspección Sanitaria. Particularmente la cefalea tenía un claro componente postural, síntoma

propio de una cefalea post punción lumbar y no de un grave problema neurológico o hemorrágico.

La existencia de una grave complicación neurológica se constató en las horas posteriores al alta hospitalaria, sin que ello implique necesariamente una mala praxis médica siempre que, como ha sido el caso, dicha decisión de alta estuviera indicada conforme los síntomas que presentaba la reclamante; en palabras de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2011 (recurso 771/2008) «*la medicina no es una ciencia exacta y, a “posteriori” es fácil diagnosticar y aventurar una posible actuación médica*».

En el caso que nos ocupa, los síntomas que presentaba eran de cefalea postpunción sin que nada hiciera sospechar la posibilidad de un grave accidente cerebrovascular, por lo que no procede por tanto realizar reproche alguno a la decisión de alta hospitalaria.

**SÉPTIMA.-** Resta por último examinar el reproche referido a la falta de información adecuada sobre los riesgos de la anestesia epidural que realiza la reclamante, pues considera que no se le entregó el documento de consentimiento informado.

Respecto a ello, debemos partir de que el consentimiento informado 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 (art. 8.3 Ley 41/2002).

Por otra parte, se ha recordado por el Tribunal Supremo en la Sentencia de 29 de junio de 2010 (recurso de casación 4637/2008), 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". Además 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".*

En el documento aportado al expediente figura la firma de la paciente y del médico, aunque no consta ningún dato adicional (nombre del médico y de la paciente, número de historia clínica o fecha).

No cabe duda de que ello constituye una irregularidad nada deseable en aras de la seguridad jurídica, sin que no obstante podamos negar eficacia a la firma de la reclamante en dicho documento y por tanto estimemos que recibió una adecuada información sobre la anestesia epidural.

A este respecto, en primer lugar la afirmación de la reclamante sobre la falta de reconocimiento como suya de la firma del documento resulta gratuita pues no se acompaña de medio probatorio alguno. No podemos olvidar que respecto de este reproche, no se produce la alteración de la carga de la prueba, tal y como ocurre respecto de ciertos reproches de mala praxis médica. De esta forma, la carga recae sobre la parte que alega la irregularidad en la firma del consentimiento informado, carga que no ha sido asumida y que por tanto impide atender el reproche realizado, máxime teniendo en cuenta que de los datos contenidos en el expediente, parece deducirse que efectivamente el consentimiento fue firmado por la reclamante, ya que la firma que aparece en el citado documento de consentimiento informado guarda una gran semejanza con otras tres firmas de la reclamante que aparecen en el expediente en otros documentos de consentimiento.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al no concurrir el requisito de la antijuridicidad del daño, ni existir una vulneración de su derecho a una información adecuada.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 30 de abril de 2014