

Expediente Núm. 82/2014  
Dictamen Núm. 93/2014

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 8 de mayo de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de marzo de 2014 -registrada de entrada el día 20 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños que atribuye a la asistencia dispensada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 23 de enero de 2013, un letrado, en nombre y representación de la interesada, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye a la asistencia que recibió en el Hospital “X” el día 19 de octubre de 2006 -en el que dio a luz “mediante anestesia epidural”- y siguientes.

Expone, en primer lugar, el “iter del calvario médico-hospitalario”. Comienza señalando que en el puerperio presenta “parestesias en pierna

derecha, secundarias a analgesia epidural”, y que, tras ser valorada, el Servicio de Anestesiología “no consideró preciso tratamiento”. Afirma la interesada que dicho Servicio constata que “el procedimiento se realiza según protocolo establecido, administrando como fármaco Bupivacaína 0,125%” (no se especifica el nivel de punción); que “la punción resultó dificultosa, no lográndose al primer intento”, posiblemente “al introducir el catéter este se pudo haber lateralizado”; que durante “el periodo de dilatación no dejó de tener algunas molestias”, y que “en el posparto (...) refiere impotencia funcional de MID que (...) evoluciona a una hipoestesia en territorio L4-L5”.

Manifiesta que en febrero de 2007, ante la persistencia de la sintomatología, se le realizó un electromiograma/neurograma “que no mostró alteraciones en territorio de L5 derecho”, y el 13 de mayo de 2007 una resonancia magnética de columna lumbar que únicamente informa de “mínima pérdida de señal de los discos L3-L4 y L4-L5 que se podría considerar como incipientemente degenerativa”.

Reseña, a continuación, diversas consultas con los Servicios de Ginecología, de Neurología, de Digestivo, de Urología, de Traumatología, de Salud Mental y de Urgencias, así como las pruebas complementarias que se le practicaron y su situación laboral.

Así, señala que el 15 de noviembre de 2007 ingresa en el Servicio de Neurología del Hospital “X” “por persistencia de síntomas sensitivos en territorio L5-S1 derecho y (...) episodios de incontinencia urinaria con mínimas maniobras de Valsalva”, y que el 21 del mismo mes le practican una resonancia magnética lumbar y pélvica que descartó “alteraciones en el trayecto del nervio ciático”, precisando que en la exploración “la sensibilidad objetiva es normal, salvo lo que refiere la propia paciente del trayecto L5-S1 derecho”, y que “mejoró con (...) Naproxeno”. Indica que “la incontinencia urinaria (...), tras consulta con el Servicio de Ginecología, se atribuye a cistocele grado I-II”. Precisa que es alta hospitalaria el 22 de noviembre de 2007 con el diagnóstico de “radiculopatía sensitiva subjetiva L5-S1 derecha sin haber objetivado lesión inflamatoria, infecciosa o compresiva de dicha raíz en el trayecto correspondiente. Cistocele grado I-II”.

Refiere que en diciembre de 2007 consulta con un traumatólogo privado, siendo su impresión diagnóstica de "radiculopatía sensitivo-motora (motora casi resuelta) L5 residual post-punción epidural, se descartan procesos compresivos e inflamatorios agudos. Alteración del suelo de la pelvis, creo que combinado por debilidad posterior al embarazo y parto y lesión neurológica residual post-punción".

El Servicio de Digestivo del Hospital "X", en consulta efectuada el 6 de febrero de 2008, le diagnostica "incontinencia fecal y urinaria secundaria a lesión neurológica tras epidural (parto)", y el 28 de marzo de 2008 se le realiza una manometría anorrectal, que es normal, "salvo leve hipersensibilidad rectal", aclarando que el 19 de junio del mismo año un estudio urodinámico en el Hospital "Y" muestra "leve hiperactividad del detrusor, sin escapes. Incontinencia de esfuerzo con grandes volúmenes. Fase de vaciado normal".

Menciona que el 5 de agosto de 2008, el Servicio de Ginecología del Hospital "X" informa de "incontinencia urinaria y fecal posparto", estando "pendiente de valoración quirúrgica". Refiere que en el mismo mes es derivada por su médico de cabecera a Salud Mental por alteraciones del sueño, tristeza, apatía, intranquilidad e irritabilidad, y que se le diagnostica una reacción adaptativa secundaria a problemas físicos (en especial incontinencia urinaria y fecal), pautándosele seguimiento psicoterapéutico.

El día 21 de octubre de 2008 "es valorada de nuevo por Neurología del Hospital "X" por dolor en glúteo derecho irradiado por dorso de la extremidad, parestesias en cara antero-externa de pierna derecha y pie derecho, incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia fecal ocasional", y se le practica un nueva electromiografía, siendo etiquetada de "leve radiculopatía sensitiva S1 y probablemente L5 derechas con sintomatología sensitiva no progresiva en fase de secuela".

El 25 de mayo de 2009 ingresa "en el Servicio de Urología del Hospital "X" para colocación de TVT-O (cinta vaginal de polipropileno)", mostrando tras la intervención, al retirar la sonda urinaria, "imposibilidad para la micción con ausencia de deseo miccional y residuos elevados". Precisa que el 29 de enero

de 2010 se le realiza un estudio urodinámico que informa de parámetros “compatibles con obstrucción al flujo”.

Señala que el 12 de febrero de 2010 le realizan una nueva resonancia de columna lumbar que evidencia, entre otros, “signos de discopatía degenerativa en L4-L5 y L5-S1”, pero “sin signos de compresión radicular”, y menciona que “ante la persistencia de sintomatología psiquiátrica cambió tratamiento psicoterapéutico, pasando a ser controlada por psiquiatra desde marzo de 2010”.

El 2 de marzo de 2010 se le practica una electromiografía que informa de “radiculopatía leve S1 derecha, sin signos de afectación neurógena en el territorio L5 derecho”. El 6 de abril de 2010 ingresa en Urología del Hospital “X” para disección y corte de la cinta TVT-O y liberación de la uretra, especificando que “no podía orinar espontáneamente, precisaba autosondajes continuamente y presentaba altos residuos”, añadiéndose, en octubre de 2010, a aquellos síntomas “parestesias peribucales, por lo que se solicitó un estudio de neuroimagen “para descartar enfermedad desmielinizante”.

En febrero de 2011 su psiquiatra informa de escasa mejoría con el tratamiento antidepresivo y descarta sintomatología psicótica y síndrome somático, siendo diagnosticada de “episodio depresivo moderado” con agudización de “la clínica depresiva, con astenia, anhedonia y abandono de rutinas y actividad habitual, que relaciona con su estado físico”.

El 26 de febrero de 2011 el Servicio de Traumatología informa de un “estado similar en cuanto a las radiculopatías lumbares y recomienda resonancia de columna cérvico-dorsal porque presentaba hipoestesia de extremidad superior derecha en dermatoma C7”. En marzo de 2011, el Servicio de Digestivo del Hospital “X” establece el diagnóstico de “incontinencia fecal y urinaria secundaria a lesión neurológica tras anestesia epidural”, y el 15 de marzo de 2011 acude al Servicio de Urología, mostrando la ecografía de control residuo miccional elevado, pautándosele mantener el tratamiento.

Con fecha 29 del mismo mes el Servicio de Neurología informa que el resultado de la resonancia cervical es normal, y “a pesar de ello, ante la

persistencia de parestesias faciales y fasciculaciones palpebrales” solicita “electroencefalograma para descartar patología crítica comicial, aunque esta sea improbable”.

El 28 de septiembre de 2011 es intervenida de nuevo en el Hospital “Z” para retirada completa de la malla TOT, y una semana después, el 6 de octubre de 2011, precisa reingreso por absceso vaginal con drenaje espontáneo. Consigna el proceso asistencial y aclara que en la última resonancia, realizada el 16 de febrero de 2012, el hematoma se había reducido a 1 cm y que habían desaparecido los cambios inflamatorios de partes blandas, acudiendo, en abril de 2012, a revisión a Salud Mental, que aumenta la dosis de medicación.

A lo largo de su exposición consigna los periodos de incapacidad temporal, concretando que permanece en esa situación hasta el 11 de agosto de 2008 por “parestesia de miembro inferior derecho”, desde el 19 de agosto de 2008 hasta el 14 de febrero de 2010 por depresión y desde el 12 de mayo de 2010 por síndrome radicular en miembros superiores.

Hace constar, asimismo, que el 12 de marzo de 2012 la Consejería de Bienestar Social y Vivienda le reconoce un 36% de discapacidad por “discapacidad del sistema nervioso y muscular por trastorno de raíces y plexos de etiología iatrogénica, y trastorno de la afectividad por trastorno distímico de etiología psicógena”, y que el 26 de abril de 2012 el Instituto Nacional de la Seguridad Social le reconoce una incapacidad permanente total por “antecedente de cistocele I-II intervenido el 25-5-2009 para colocar TOT. Obstrucción al flujo que precisó resección parcial de la cinta el 6 de abril de 2010. 3ª cirugía el 28 de septiembre de 2011 para retirada de TOT completa. Absceso vaginal. Persistencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y absceso prevesical”.

Subraya que la exploración pericial actual constata “dolor lumbar, radiculopatía L5 y S1 derechas crónicas, incontinencia fecal, incontinencia urinaria y episodio depresivo cronificado y con mala evolución por ser reactivo a su patología física”, y sostiene, con base en el informe pericial que adjunta, que la etiología de todo el proceso “es atribuible a la anestesia epidural

practicada, cumpliéndose criterios de realidad científica, topográfico, cronológico, de integridad anterior y evolutivo". En él se afirma, tras efectuar diversas consideraciones médicas a propósito de los déficits neurológicos secundarios a la anestesia epidural, que "existen diferentes protocolos de tratamiento, basados en el uso de metilprednisolona, antiinflamatorios (tipo indometacina, celecoxib o dipirona), anticonvulsionantes (tipo gabapentina o pergabalina) en pautas de seis semanas o más cuya efectividad depende fundamentalmente de la precocidad con que se instauren, siendo estos de escasa o nula utilidad (...) transcurridos los tres meses del inicio del episodio", por lo que el proceso tiende a "la cronificación".

Se entiende en él, asimismo, que en el presente caso "existe un claro nexo causal temporal entre el procedimiento de administración de anestesia epidural (que se informó además que resultó dificultosa y lateralizada) y la inmediata aparición de sintomatología neurológica en miembro inferior derecho; y también con la posterior disfunción urinaria y fecal que padece la paciente. Pese a esto, el Servicio de Anestesiología no consideró oportuno tratamiento, y no es sino hasta noviembre de 2007 -13 meses tras la punción epidural- que durante su ingreso en el Servicio de Neurología del "X" se le administran pequeñas dosis de Naproxeno".

Concluye que, "tanto por el tipo de lesión como por los signos y síntomas manifestados por la paciente, existen claras pruebas de una incorrecta actuación por parte del Servicio de Anestesiología del Hospital "X" (...) al no aplicar, ante la inmediata aparición de sintomatología, el tratamiento precoz que establecen los protocolos (...), pues no fue sino hasta los 13 meses cuando se le administran las primeras y pequeñas dosis de Naproxeno".

Por lo que se refiere al daño, señala que "las secuelas derivadas de la complicación por analgesia epidural y su notable retraso en el tratamiento debido le suponen (una) importante discapacidad. Inicialmente se manifestó como obstrucción transitoria, en breve pasó a incontinencia urinaria y fecal, tras tratamiento quirúrgico con cinta TVT-O (en mayo de 2009) derivó en clínica obstructiva urinaria que la obligaba a autosondajes diarios e incontinencia fecal con urgencia defecatoria imperiosa y después de extraer la

cinta de nuevo incontinencia urinaria". Añade que, "puesto que las cirugías urológicas se realizaron vía transvaginal, las propias cicatrices quirúrgicas y el absceso vaginal aún no resuelto le producen, según refiere, cierto grado de dispareunia". Añade que "su historial clínico y los cuestionarios pasados a la paciente evidencian (una) clínica ansioso-depresiva moderada severa".

En cuanto al tiempo de estabilización lesional, estima que se debe considerar el comprendido entre la fecha del parto -19 de octubre de 2006- y el 30 de abril de 2012 -fecha en la que se le reconoce la incapacidad permanente total para la profesión habitual-; en total, 2.021 días.

Manifiesta que "existe una continuidad sintomática y ha sido sometida a tres intervenciones quirúrgicas, la última el 28 de septiembre de 2011, tras la cual sufrió un absceso vaginal, por lo que aún en la actualidad continúa con revisiones, aunque parece en vías de resolución". Entiende "que todo el periodo debe ser considerado impeditivo, no solo porque ha permanecido en situación de baja laboral, sino porque queda patente que, además de las limitaciones laborales, su menoscabo era en realidad para la mayoría de sus ocupaciones/actividades (ocio, familiares, lúdicas, conyugales...); y los periodos de hospitalización suman un total de 25 días".

Reitera que le ha sido reconocida una "incapacidad permanente total para su profesión habitual (cajera-reponedora de supermercado), y por ello es aplicable la tabla IV de factores correctores de indemnizaciones básicas en esta misma medida/apartado".

Especifica las secuelas que han de considerarse "por analogía" con el baremo establecido en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor y los puntos que asigna a las mismas. Así, atribuye 8 puntos a la depresión moderada-severa con gran componente ansioso, 10 puntos a la coitalgia/dispareunia, y 30 puntos al síndrome incompleto de cola de caballo.

Cuantifica los daños sufridos en doscientos noventa mil setecientos catorce euros con cincuenta y nueve céntimos (290.714,59 €), de los cuales 114.713,60 € corresponden a los días de incapacidad, 75.562,18 € a las

secuelas, 7.556,21 € al factor de corrección sobre las secuelas y 92.882,35 € a la incapacidad permanente total.

Solicita una indemnización por dicho importe, más los intereses legales.

Mediante otrosí, propone prueba pericial, que aporta, y documental, consistente en los siguientes documentos, entre otros: a) Informes del Servicio de Neurología del Hospital "X" de fechas 22 de noviembre de 2007 y 16 de enero y 21 de octubre de 2008. En el primero, relativo a un ingreso el día 15 de noviembre de 2007, consta como impresión diagnóstica "radiculopatía sensitiva subjetiva L5-S1 derecha sin haber objetivado lesión inflamatoria infecciosa o compresiva de dicha raíz en el trayecto correspondiente./ Cistocele grado I-II". En el segundo se consigna que "la paciente ha acudido a revisión (...) sin que se haya modificado la situación clínica". En el tercero se hace constar que, "tras las pruebas complementarias realizadas, creemos que se trata de una paciente que presenta una leve radiculopatía S1 y probablemente L-5 con sintomatología sensitiva no progresiva y que se encuentra en fase de secuela". b) Informes del Servicio de Urología del Hospital "X" de 27 de mayo de 2009, tras un ingreso el día 25 del mismo mes "para intervención quirúrgica programada" consistente en "colocación de TVT-O", por "incontinencia urinaria de esfuerzo", y de 7 de abril de 2010, tras un ingreso el 6 del mismo mes para intervención quirúrgica programada consistente en "disección y corte de la cinta de TVT y liberación de la uretra". c) Informes del Servicio de Traumatología del Hospital "X" de 22 de junio de 2010, en el que figura la impresión diagnóstica de "radiculopatía sensitivo motora L5 residual post-punción epidural descartándose en el momento actual procesos compresivos e inflamatorios agudos con alteración del suelo de la pelvis combinado por debilidad posterior a embarazo y parto y lesión neurológica residual posterior a punción epidural establecida y definitiva", y de 5 de abril de 2011, con la misma impresión diagnóstica. d) Informes del Servicio de Digestivo del Hospital "X" de 6 de febrero de 2008, en el que se consigna el diagnóstico de "incontinencia fecal y urinaria rel. con lesión neurológica tras epidural (parto)" y que "no precisa revisiones", y de 14 de marzo de 2011, en el que se refleja como "última consulta el 6 de febrero de



2008, sin revisiones posteriores". e) Informes del Centro de Salud Mental de 26 de noviembre de 2008, con la impresión diagnóstica de "reacción adaptativa", y de 20 de febrero de 2012, en el que se consigna que "la sintomatología parece reactiva a diferentes problemas físicos que parecen mermar su funcionalidad (especialmente incontinencia vesical y fecal (...)). En la consulta de febrero de 2011 refiere agudización de la clínica (...). Se modifica el tratamiento farmacológico, con alivio de la sintomatología en los meses siguientes". f) Informes del Servicio de Urología de la Fundación Hospital "Z" de 29 de septiembre de 2011, tras un ingreso para "sección TOT" por "obstrucción al flujo miccional", y de 15 de marzo de 2012, por "no drenaje vaginal. Micciones sin dificultad y sin disuria. Utiliza 4-5 compresas siempre mojadas", especificando que se encuentra "en seguimiento (...) por incontinencia urinaria de esfuerzo y absceso prevesical" y que está pendiente "de estudio urodinámico para valoración de fisiología miccional". g) Informe del Servicio de Anestesiología del Hospital "X", de 15 de mayo de 2007, solicitado por el Servicio de Atención al Paciente. En él se indica que el 19 de octubre de 2006, estando la mujer en trabajo de parto con una dilatación de cérvix de 3 cm, "se le administra analgesia epidural tras obtener el consentimiento informado para aplicación de la técnica./ El procedimiento se realiza según protocolo establecido, administrando como fármaco Bupivacaína 0,125%./ La punción resulta dificultosa, no lográndose al primer intento, como se recoge en la gráfica./ La analgesia resultó lateralizada, aunque el catéter pasó sin problemas./ La paciente, durante el periodo de dilatación, no dejó de tener algunas molestias./ Como observación queda reflejada en la gráfica la posibilidad de que al introducir el catéter este se hubiera lateralizado./ En el posparto la paciente refiere impotencia funcional de MID que (...) evoluciona hacia una hipoestesia en territorio L4-L5./ Es vista por el Servicio de Anestesiología (...), indicándosele que en ocasiones la colocación del catéter puede producir algunas complicaciones, como queda expuesto en el (documento de consentimiento informado)./ Ante la posibilidad de que se pudiera haber lesionado alguna raíz nerviosa se solicita consulta con los servicios correspondientes./ Es vista por el Servicio de Neurología y por el de

Neurofisiología Clínica, realizando un electromiograma y un electroneurograma”. Finalmente, señala que “la impresión es la de una exploración neurofisiológica dentro de la normalidad, no observándose signos de afectación neurógena en el territorio L5 de MID”. h) Cinco “reclamaciones interruptoras”, con similar contenido, presentadas en el registro de la Administración del Principado de Asturias los días 2 de junio de 2008, 29 de mayo de 2009, 28 de mayo de 2010, 26 de mayo de 2011 y 22 de mayo de 2012. En ellas se hace referencia al alumbramiento de la perjudicada el día 19 de octubre de 2006 y se precisa que fue “objeto de punción epidural negligentemente administrada, fruto de lo cual me quedan las secuelas de afección neurológica MMII e incontinencia urinaria y fecal”, y que “a la estabilización, término de la práctica de todas las pruebas de que estoy siendo objeto (...), procederé a ejercer acción de responsabilidad patrimonial contra este organismo, de lo que dejo constancia a todos los efectos oportunos”. i) Dictamen técnico facultativo, emitido por el Equipo de Valoración y Orientación del Centro de Valoración de Personas con Discapacidad de ..... el día 12 de marzo de 2012, en el que se reconoce a la perjudicada un grado de discapacidad del 36% por “discapacidad del sist. nervioso y muscular (otras) por trastorno de raíces y plexos de etiología iatrogénica” y un “trastorno de la afectividad por trastorno distímico de etiología psicógena”. j) Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 26 de abril de 2012, por la que se le reconoce una incapacidad permanente total por “antecedente de cistocele I-II, intervenido 25-05-2009 para colocar TOT. Obstrucción al flujo que precisó resección parcial de la cinta el 6 de abril (de) 2010. 3ª (intervención quirúrgica) 28-09-2011, retirada de TOT completa. Absceso vaginal persistencia incontinencia urinaria de esfuerzo y absceso prevesical”. k) Informe médico pericial emitido por un especialista en Valoración del Daño Corporal el 25 de junio de 2012, y “fundamentado en la exploración y anamnesis de la paciente, así como en el estudio de la documentación por ella facilitada”, consistente en los informes dimanantes de la asistencia que se adjuntan a la reclamación.

**2.** Mediante escrito notificado a la interesada el 5 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, la requiere para que proceda a acreditar su representación.

Figura incorporada al expediente la declaración mediante comparecencia personal de la perjudicada el día 11 de febrero de 2013, en la que otorga su representación al letrado que presenta la reclamación.

**3.** El día 12 de febrero de 2013, el Director de Gestión del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios, entre otra documentación, una copia de la historia clínica de la interesada.

Obran en la misma, además de los documentos que se adjuntan a la reclamación, los siguientes: a) Documento de consentimiento informado para analgesia obstétrica, suscrito el 19 de octubre de 2006, por la paciente. En él figuran como riesgos y complicaciones relativamente frecuentes (1 ó 2 de cada 100 epidurales) el de "inmovilidad y/o falta de sensibilidad en las piernas" y como infrecuente o excepcional (1 de cada 10.000 a 1 de cada 100.000 epidurales) "daños permanentes o pasajeros de los nervios". b) Gráfica de analgesia obstétrica, de 19 de octubre de 2006, en la que consta anotado en el registro de incidencias varios intentos de punción y analgesia lateralizada. c) Hoja de curso clínico en el Servicio de Obstetricia, en la que se consigna que, el 20 de octubre de 2006, "presenta impotencia en pierna dcha.+ atonía vesical"; el 21, "ayer impotencia funcional de pierna dcha., hoy mejoría, solo algo dormida planta del pie, pero deambulación normal. Ahora micción normal"; el 22, "persiste impotencia funcional MID. Valorar si no mejoría. Cta. Anestesia/Rehabilitación"; el 23, "Anestesia (10 h) refiere cierto grado de parestesia en miembro inferior derecho, afectando al territorio del nervio ciático./ No se impide la deambulación, aunque tiene sensación de acorchamiento./ Se puede ir de alta y si precisa revisión puede pedirnos cita cuando lo desee, pero es preferible esperar mínimo un mes". d) Hoja de curso

clínico, sin que resulte legible el Servicio al que corresponde, en la que se refleja, el 26 de febrero de 2007, que "ha mejorado algo, pero refiere dolor después de caminar y, a veces, en reposo + pérdida de fuerza y parestesias en cara postero-ext. de pierna (L5), no en pie. El dolor va por cara post. de muslo y pierna hasta el 1º dedo"; el 16 de agosto de 2007, "empeoramiento de la clínica en MI dcho. Ahora incontinencia fecal y de orina + pérdida de fuerza en gemelo y dolor en zona gemelar (...). Se le duermen las manos desde noviembre 2006 -dolor y parestesias en 1 dedo de ambas manos (...). Exacerbación nocturna"; el 10 de junio de 2008, "continúa clínica/ igual. Incontinencia fecal y urinaria con tono de esfínter anal" normal. Dolor "desde cresta ilíaca derecha irradiado por cara post. de muslo hasta rodilla, cara ext. de pierna hasta el tobillo y últimos dedos./ Acorchamiento en cara ext. de pierna" derecha., precisando que en la exploración "camina bien de punteras y talones./ No atrofas".

**4.** Con fecha 5 de septiembre de 2013, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio instructor el expediente administrativo para su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta su remisión el día 24 de septiembre de 2013.

**5.** El día 18 de septiembre de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que "el proceder de los servicios médicos del Hospital "X" fue correcto en todo momento, realizándose la atención a la paciente de forma adecuada por los servicios intervinientes". Explica que "desde que en el posparto inmediato se detectó la presencia de clínica sugerente de radiculopatía (riesgo descrito en el documento de consentimiento informado) se adoptaron las medidas necesarias para tratar el cuadro clínico, realizándose las exploraciones e interconsultas necesarias, de acuerdo con la sintomatología que presentaba (...). Fue valorada por los Servicios de Neurología,

Traumatología y Rehabilitación, manteniéndose el diagnóstico, cuantificándolo como leve y, en el caso del Servicio de Neurología, al conectar la sintomatología con la clínica de incontinencia urinaria que presentaba”, se realizaron “estudios complementarios para descartar, como así ocurrió, una posible enfermedad desmielinizante./ Tras realizar los correspondientes estudios urológicos se demostró que la incontinencia que presentaba la paciente era de esfuerzo y en relación con el embarazo y parto, como refleja la literatura médica, sin que en ningún caso parezca que guarde relación con lesión nerviosa derivada de la anestesia epidural, a la vista de las pruebas realizadas tanto desde el punto de vista urológico como neurológico./ Respecto de la incontinencia fecal, que en ocasiones se describe como tenesmo y urgencia defecatoria, tras los correspondientes estudios parece más funcional que de causa en el parto o, más concretamente, de la epidural realizada en el mismo./ Finalmente, cabe decir que la clínica psiquiátrica es entendible desde el contexto general del cuadro clínico de la paciente. Está descrito que la incontinencia urinaria no modifica el pronóstico vital de las pacientes, pero asocia una morbilidad psicológica que puede producir trastornos del sueño por la nicturia o por las pérdidas nocturnas, que tiene un efecto negativo en la autoestima y en la autonomía y puede aumentar el riesgo de aislamiento social, de depresión y de disfunción sexual. Todo ello afecta de manera importante a la autopercepción de salud y a la calidad de vida./ Sin embargo, en el caso que nos ocupa, y aceptando que el parto haya podido desencadenar todo el cuadro sintomatológico referido por la paciente, la relación de causalidad con la anestesia epidural no existe más que para la leve radiculopatía que la paciente presentó desde el posparto inmediato y que está descrita como riesgo en el documento de consentimiento informado”.

**6.** Con fecha 24 de septiembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**7.** Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito el 10 de diciembre de 2013 por dos especialistas en Anestesiología y Reanimación. Afirman que "el tratamiento de las neuropatías agudas depende de la sintomatología que presenten, lo más común es que las lesiones nerviosas (...) reviertan en 5-7 días sin tratamiento. Si persisten u ocasionan dolor se puede plantear la administración de antiinflamatorios tipo corticoides, vitamina B y anticomiciales. Los resultados, en cualquier caso, son muy variables y no hay nada definitivo en la literatura ni guías clínicas de recomendaciones". Concluyen que "la paciente fue evaluada, diagnosticada y recibió un seguimiento clínico y un tratamiento adecuado (...). Presenta una lesión leve en territorio de la raíz S1 con poca manifestación clínica y que ha requerido múltiples pruebas para su diagnóstico./ El origen de la lesión puede deberse a una lesión asociada a la técnica anestésica, aunque la técnica fue correcta, pero más probablemente se desencadenó asociada al parto".

**8.** El día 13 de enero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario notifica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. La interesada no formuló alegaciones.

**9.** El día 3 de marzo de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reproduciendo los argumentos contenidos en el informe técnico de evaluación.

**10.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de marzo de 2014, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ...., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas." En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 23 de enero de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -aplicación de la anestesia epidural- el día 19 de octubre de 2006,

por lo que habría de entenderse presentada fuera del plazo legalmente establecido.

No obstante, la interesada sostiene en su reclamación que desde la administración de la anestesia epidural se fueron desencadenando una serie de secuelas físicas y psicológicas que considera causalmente unidas a la administración de dicha anestesia, entre otras, y fundamentalmente, incontinencias urinaria y fecal y posteriormente un proceso depresivo. Además, fue presentado anualmente -desde junio de 2008-, mientras demandaba atención sanitaria de varios servicios especializados (Traumatología, Neurología, Digestivo, Ginecología, Urología y Rehabilitación), unos escritos que considera "interruptores" del periodo de prescripción, anunciando una futura reclamación "a la estabilización" y "término de la práctica de todas las pruebas de que estoy siendo objeto".

Así las cosas, y con independencia de los posibles efectos que este tipo de escritos puedan tener en orden a la interrupción del plazo de prescripción -cuya eficacia es controvertida tanto doctrinal como jurisprudencialmente y se hace depender de su exacto contenido-, en este supuesto concreto no resulta necesario otorgarles tal valor para llegar a la conclusión de que la reclamación ha sido presentada temporáneamente. En efecto, constatamos que, si bien los servicios más especializados (fundamentalmente Ginecología y Urología) no relacionan causalmente los síntomas de incontinencia con la punción anestésica, el Servicio de Digestivo del mismo centro hospitalario, aún en marzo de 2011 -folio 90- hacía figurar como diagnóstico "incontinencia (...) secundaria a lesión neurológica tras anestesia epidural", estando pendiente de pruebas diagnósticas (colonoscopia realizada en julio de 2011 -folio 300-, aunque no consta en qué fecha se valoró el resultado por el Servicio de Digestivo). Igualmente, se constata que en el Servicio de Urología del Hospital "Z", donde fue objeto de una intervención quirúrgica el 29 de septiembre de 2011 relacionada con la incontinencia urinaria, se anota como antecedentes una "incontinencia (...) secundaria a anestesia epidural en (...) 2006 tras un parto". Por último, en el dictamen emitido por el Centro de Valoración de Personas con Discapacidad -folio 115-, fechado en marzo de 2012, se afirma



que la discapacidad del sistema nervioso y muscular es de "etiología iatrogénica".

Al respecto del *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción, y en aplicación de la doctrina de la *actio nata*, este Consejo ha venido sosteniendo que el cómputo del plazo no se inicia hasta que no constan perfectamente determinadas las consideraciones, tanto fácticas como jurídicas, que posibilitan el ejercicio de la acción; en el caso concreto, hasta que no queden determinadas las posibles secuelas y su origen. Ello no significa dar por acreditado desde este momento el nexo causal sostenido por la interesada; es decir, que los síntomas de incontinencia que -según su propio relato- comienzan a manifestarse en noviembre de 2007 (cuando el parto tuvo lugar el 19 de octubre de 2006) tengan su origen en la punción anestésica epidural. Sin embargo, estimamos que la discrepancia existente sobre el origen de tales padecimientos entre los propios servicios especializados de los hospitales que la trataron no puede perjudicarle, dado que siempre hemos de realizar una interpretación de los requisitos formales favorable al ejercicio de la acción. En el supuesto examinado, al no constar informes de alta de determinados servicios, teniendo en cuenta que algunos de los síntomas aún seguían pendientes de estudio en marzo de 2012 (por ejemplo, la incontinencia urinaria -aunque calificada en ese momento de "esfuerzo"- se encontraba en esas fechas pendiente de estudio en el Servicio de Urología del Hospital "Z" - folio 82-) y que el dictamen del Centro de Valoración de Personas con Discapacidad -folio 115- atribuyó a la discapacidad reconocida del sistema nervioso y muscular una etiología "iatrogénica", consideramos que la reclamación ha sido formulada dentro de plazo legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en

virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución. En cuanto al informe de los servicios afectados, se ha incorporado a aquel un informe del Servicio de Anestesiología que se refiere a la asistencia dispensada, pero emitido el 15 de mayo de 2007, por lo que, al ser previo a la reclamación en la que se reprocha falta o retraso en el tratamiento, no contempla este aspecto. Ahora bien, en aplicación del principio de eficacia, entendemos que no resulta preciso retrotraer el procedimiento para solicitar su emisión, pues es de prever, en buena lógica, que la propuesta de resolución no cambiaría.

Por otro lado, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. 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”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o

grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que se atribuyen a la anestesia epidural dispensada a la paciente, el día 19 de octubre de 2006, con ocasión de un parto.

La reclamante alega como daños subsiguientes “dolor lumbar, radiculopatía L5 y S1 derechas crónicas, incontinencia fecal; incontinencia urinaria y episodio depresivo cronificado”. La historia clínica aportada acredita la existencia, a lo largo de varios años, de los síntomas que refiere, los cuales fueron objeto de atención por diversos especialistas de los servicios públicos sanitarios al menos hasta el año 2012.

Sin embargo, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario

hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Por lo que se refiere a la relación de causalidad entre los daños cuyo resarcimiento interesa y la anestesia epidural que le fue administrada con ocasión de su alumbramiento, la interesada transcribe el informe pericial que adjunta a la reclamación, emitido por un especialista en Valoración del Daño Corporal. En él se argumenta que la etiología de todo el proceso "es atribuible a la anestesia epidural practicada, cumpliéndose criterios de realidad científica, topográfico, cronológico, de integridad anterior y evolutivo". Igualmente, se sostiene en él que "en el caso estudiado existe un claro nexo causal temporal entre el procedimiento de administración de anestesia epidural (que se informó, además, que resultó dificultosa y lateralizada) y la inmediata aparición de sintomatología neurológica en miembro inferior derecho; y también con la posterior disfunción urinaria y fecal que padece la paciente". Reprocha que el Servicio de Anestesiología no considerase oportuno instaurar tratamiento, y subraya que no es hasta noviembre de 2007 -13 meses después de la punción epidural- cuando, durante su ingreso en el Servicio de Neurología del Hospital "X", se le administran pequeñas dosis de Naproxeno.

Sin embargo, este informe no analiza los resultados de las pruebas realizadas a la interesada para establecer la relación de causalidad entre los daños por los que reclama y la asistencia que se le dispensó, en concreto, al aplicarle la anestesia epidural, limitándose a fijar un nexo "temporal".

En el plano fáctico, consta, efectivamente, en el informe de alta del Servicio de Neurología de 22 de noviembre de 2007 la existencia de una

"radiculopatía sensitiva subjetiva", que el día 29 de enero de 2008 la situación clínica no había variado y que el día 21 de octubre del mismo año "se encuentra en fase de secuela", calificándose, no obstante, como leve. Sin embargo, por lo que se refiere a la aparición de la incontinencia urinaria, la interesada alude a ella por primera vez con ocasión del ingreso en Neurología el día 15 de noviembre de 2007, 13 meses después del parto, y en ese momento ya se objetiva, previa consulta con el Servicio de Ginecología, la existencia de un "cistocele discreto grado I-II" que explicaría tales síntomas. Un estudio urodinámico realizado más adelante en el Hospital "Y" diagnostica una incontinencia de esfuerzo a grandes volúmenes. En cuanto a la incontinencia fecal, su aparición es posterior, pues -a tenor del relato de la propia reclamante- consultó por primera vez en el Servicio de Digestivo por este motivo el 6 de febrero de 2008. En consecuencia, hemos de cuestionar el nexo temporal que defiende la interesada.

En orden a determinar el posible nexo causal del complejo proceso asistencial relatado hay que comenzar por afirmar que la aparición de una radiculopatía tras la administración de anestesia epidural no revela, en sí misma, una mala praxis, dado que se trata de un riesgo de la anestesia descrito en el documento de consentimiento informado suscrito por la paciente.

Sobre el tratamiento de las radiculopatías cuya omisión se reprocha, el informe aportado por ella refiere "diferentes protocolos". Sin embargo, no cita ninguno, ni recoge consideraciones estadísticas a propósito de resultados en casos similares, por lo que estamos ante una afirmación no fundada técnicamente y, por ello, carente de valor probatorio. De hecho, los especialistas en Anestesiología y Reanimación sostienen que "el tratamiento de las neuropatías agudas depende de la sintomatología que presenten, lo más común es que las lesiones nerviosas (...) reviertan en 5-7 días sin tratamiento. Si persisten u ocasionan dolor se puede plantear la administración de antiinflamatorios tipo corticoides, vitamina B y anticomiciales. Los resultados, en cualquier caso, son muy variables y no hay nada definitivo en la literatura ni guías clínicas de recomendaciones".

Sobre el resto de los síntomas que la perjudicada liga a la anestesia epidural, los informes emitidos por los servicios especializados, después de realizar múltiples pruebas diagnósticas, concluyen que la incontinencia urinaria de la paciente lo era de esfuerzo a grandes volúmenes y no de origen neurológico, y sobre la fecal, de menor manifestación clínica, todas las pruebas realizadas, de un alto grado de especialización, se encontraban dentro de la normalidad, como, por otra parte, reconoce ella misma, por lo que se descartó igualmente un origen neurológico. En cualquier caso, en los últimos informes elaborados por los servicios sanitarios ya no consta que la reclamante refiera tales síntomas. Así, el informe de Neurología del Hospital "Z" de 3 de agosto de 2012 -folio 191- indica que acude por secuelas de radiculopatía en pierna derecha, y ya no recoge síntomas actuales de incontinencia. Del mismo modo, el informe del Servicio de Rehabilitación de 15 de julio de 2013 -folio 285- señala que acude por "alteración de la marcha secuela de radiculopatía" remitida por su médico de Atención Primaria, y consigna que en el pasado "se acompañaba de episodios de incontinencia urinaria con mínimas maniobras de Valsalva", sin hacer ninguna mención a la incontinencia fecal.

En última instancia, tanto el informe técnico de evaluación como el elaborado por los especialistas en Anestesiología y Reanimación consideran que la asistencia dispensada en el caso fue correcta, y que todas las pruebas practicadas -incluso para eliminar enfermedad desmielizante y patología comicial- descartaron la relación de los síntomas de incontinencia con lesiones neurológicas, relacionándolos con la dinámica propia del parto. A la vista de ello, el informe técnico de evaluación concluye que "la relación de causalidad con la anestesia epidural no existe más que para la leve radiculopatía que la paciente presentó desde el posparto inmediato y que está descrita como riesgo en el documento de consentimiento informado".

En definitiva, por lo que se refiere al daño consistente en una radiculopatía leve en la pierna derecha, tal eventualidad se encuentra recogida como un riesgo típico de la anestesia epidural, y por ello no resultaría antijurídica. En cuanto al resto de daños (incontinencia y episodio depresivo), hemos de concluir, a la vista de los informes técnicos aportados (con la lógica

excepción del privado que aporta la interesada), que no se ha acreditado relación de causalidad con la punción anestésica, por lo que no procede su resarcimiento.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º  
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.