

Dictamen n.º: **696/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.10.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 30 de octubre de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., (en adelante “*el reclamante*”), por los daños y perjuicios que entiende sufridos, atribuidos a una incorrecta asistencia médica en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, a raíz de la intervención de una hernia inguinal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 25 de mayo de 2023, el reclamante registra ante el Ayuntamiento de Fuenlabrada, escrito de responsabilidad patrimonial, por los daños y perjuicios que entienden se le han generado como consecuencia de una incorrecta asistencia médica en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (en adelante HUF).

Relata escuetamente la reclamación que a raíz de una intervención quirúrgica en el año 2018 empezó con dolores crónicas en zona inguinal derecha y testículo derecho que le imposibilitan para llevar a cabo una vida privada, personal y económica. Indica que el

reclamante que acudió a la Unidad del Dolor del HUF que le señaló que ya no se podía hacer nada en relación a su situación por lo que interesó una segunda opinión médica del Hospital Universitario de Móstoles donde fue intervenido en el año 2022 para intentar ganar calidad de vida, si bien indica que está esperando una tercera intervención.

La reclamación interesa una indemnización por importe de 200.000 euros, sin venir acompañada de documentación alguna.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica, pudiéndose extraer los siguientes hechos de interés:

El paciente, de 42 años de edad a la fecha de los hechos objeto de reclamación, no presentaba antecedentes médicos relevantes a los efectos que nos ocupan.

Acudió al Servicio de Urgencias del HUF, el día 19 de junio de 2018 previa derivación desde la consulta de Atención Primaria por sospecha de hernia inguinal. Allí fue derivado a la consulta de Cirugía general, que le valora, con posterior derivación al Servicio de Preanestesia, que el 29 de agosto de 2018 le considera apto para intervención quirúrgica, la cual se realiza el día 5 de octubre de 2018, bajo anestesia general; no se objetiva saco herniario a ningún nivel, pero si un orificio inguinal profundo amplio y debilidad de pared abdominal posterior, por lo que se coloca malla-tapón de polipropileno según técnica de Rutkow Robbins. La intervención cursa sin incidencias.

El 9 de noviembre de 2018 acude de nuevo a Urgencias por dolor inguinal tras hernioplastia. El dolor se irradia a pene y a testículo derecho. Le diagnostican de probable inguinodinia posquirúrgica y dan de alta con analgesia. Es valorado por el cirujano de guardia, que

le diagnostica de Status postquirúrgico, probable inguinodinia postquirúrgica.

El 25 de diciembre de 2018 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por dolor testicular derecho, donde le realizan exploración física y pruebas complementarias y concluyen en “*probable inguinodinia derecha de origen neuropático*”, dan de alta con tratamiento y control por su médico de familia.

Fechado el 5 de marzo de 2019, figura informe de la Unidad del Dolor Crónico del HUF, se hace constar en cuanto a la historia del dolor padecido “*anamnesis: Operado en octubre de hernia inguinal derecha. Un mes y medio tras la cirugía dolor tipo pinchazo con dolor localizado en testículo. Aumenta tras movimiento, relaciones sexuales.*

En tratamiento desde diciembre con gabapentina 300 mgr cada 8 horas con mejoría parcial. Valorado por urología.

pruebas diagnósticas: ecografía de escroto 22-01-2019:

Diagnóstico: Estudio dentro de límites normales.

Comentario: ambos testículos en bolsa escrotal de tamaño y morfología normal. Parénquima testicular homogéneo, sin evidencia de lesiones testiculares.

Epidídimo de tamaño y ecogenicidad normal.

No se objetiva hidrocele ni imágenes ecográficas compatibles con varicocele.

diagnóstico: Neuralgia postcirugía”.

Consta anotación del 17 de abril de 2019, refiriendo “*el 10/4 le han realizado RF y desde entonces dice que ha mejorado mucho, dice que ha desaparecido el dolor testicular. Está contento. Tiene la eco citada en junio y control en ANR en 6 meses. Cito en julio*”.

Por su parte, en anotación del 8 de mayo de 2019, se refiere “*tras la RF había mejorado pero actualmente tiene de nuevo muchísimo dolor, además, ha aparecido un dolor neuropático de novo más localizado en rama ilioinguinal como previo, sino iliohipogástrico. Dolor quemante*”.

PLAN: Cito adelanto de cita en UDC, que era m en 6 meses, para reexplorar y nueva sesión de tto (RF, infiltración...) y posteriormente recitar en cirugía para ver evolución. Aunque aún no se plantea como necesario, ya se le comenta al paciente la posibilidad futura de neurectomía si no funciona el tto UDC”.

La misma consulta a Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, se repite el 14 de mayo de 2019, concluyendo en “*dolor neuropático tras cirugía*” y descartan patología urgente en ese momento, por lo que remiten nuevamente al médico de Atención Primaria.

El 20 de junio de 2019, consta la realización de una ecografía de partes blandas en el HUF que se informa “*se realiza ecografía de región inguinal derecha evidenciando una malla herniaria bien emplazada así como tapón a la entrada del conducto inguinal de características normales. No se aprecia recidiva herniaria ni hernia crural. Imágenes hiperecogénicas con sombra posterior que traducen puntos de sutura/estructuras metálicas localizada en la porción más inferior y medial del conducto inguinal, adyacente al cordón espermático entrando en la bolsa escrotal, que podrían traducir secuelas de cirugía previa (al menos cuatro imágenes hiperecogénicas)*”.

El teste derecho no presenta alteraciones en su morfología, ecogenicidad ni alteraciones en la vascularización. Epidídimo derecho sin alteraciones. No hay hidrocele.

Gran dolor al roce con la sonda en la mitad interna de conducto inguinal así como en la piel del escroto y en la región de la raíz derecha del pene”.

El 22 de agosto de 2019, se realiza RM de pelvis sin contraste que se informa “*sin alteraciones significativas*”.

El 11 de febrero de 2020 consta consulta, en la que se recoge “*nueva revisión: Continua sintomático con dolor en región inguinal y escrotal derecha, irradiado a muslo. Está ahora en seguimiento por RHB, pendiente de nueva RM y tratamiento (infiltración ciático), ya que parece que el origen del dolor pueda estar en la espalda y no en la zona de la cirugía. Está con tto antidepressivo por la situación, aunque anímicamente va mejor y acepta la situación.*

PLAN:

- Explico que de momento no parece que la revisión qx vaya a aportar ningún beneficio

- Cito en unos meses para ver evolución del dolor”.

En anotación de consulta de 22 de noviembre de 2022, se recoge que “*por la evolución del cuadro y las características del dolor, además de las pruebas de imagen, el dolor no está relacionado con la hernioplastia.*

Ha estado en tto con rehabilitación y está en seguimiento por la UDC. Pendiente de valoración en diciembre por urología. Cito conmigo en enero para ver resultados de la evaluación urológica”.

El 18 de marzo de 2022, figura hospitalización en el HURJC para la realización de una inguinodinia. Consta al respecto *“apertura por planos muy dificultosa por fibrosis previa. Se identifica malla sobre pared posterior íntimamente adherida que se retira. Neurolisis de territorio del nervio ilioinguinal previa identificación y liberación de cordón espermático. Se identifica tapón en orificio inguinal profundo que se extirpa. Debilidad de pared posterior que se repara con puntos sueltos del tendón conjunto a ligamento inguinal con vycril 2/0. Se pone malla macroporosa según técnica de Lichtheinstein fijada con 4 puntos a ligamento inguinal y pared posterior. Cierre de aponeurosis del oblicuo mayor en continua con vycril 3/0. Se realiza bloqueo iliohipogástrico e ilioinguinal por parte de anestesia”*.

El 23 de junio de 2022, consta consulta en Cirugía General y Digestivo del HURJC, en la que tras la oportuna exploración se concluye en un diagnóstico de patología de la pared abdominal primaria-hernia inguinal recidivada. Consulta que se repite el 29 de septiembre de 2022, con igual diagnóstico y previsión de valoración por si es candidato a neurectomía. En igual consulta de 27 de octubre de 2022, se consigna *“neuralgia clara. Pte de TAC y cita en UDC. Derivo a Neurofisiología para mapeo nervioso previo a cirugía neurectomía laparoscópica”*.

Fechado el 17 de noviembre de 2022, obra informe de Neurofisiología en el que se constata la ausencia de potenciales reproducibles para ambos nervios genitorfemoral, para el nervio ilioinguinal derecho y potenciales reproducibles para el nervio iliohipogástrico bilateralmente pero con latencia del componente P40.

En consulta en la Unidad del Dolor del HURJC, de 8 de marzo de 2023, se explica plan de actuación, apreciándose una neuropatía periférica.

El 9 de agosto de 2023, figura actuación de la Unidad del Dolor del HURJC, consignando al respecto “*bajo estricta asepsia, control ecografico, se realiza if pericicatriz región inguinal con un total de 8 ml de L- bupivacaina 0.25% .repartidos. Sin incidencias reseñables*”.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por escrito de 2 de junio de 2023, la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la comunicación de la interposición de la reclamación que nos ocupa.

El 21 de junio de 2023 se notifica al reclamante escrito de la instrucción en el que se le requiere para que concrete qué intervención quirúrgica le fue practicada en 2018, y qué actos sanitarios entiende que le ocasionaron los daños objeto de reclamación, indicando las fechas concretas de los mismos.

Requerimiento que se atiende el 3 de julio de 2023, registrando escrito en el que viene a ratificarse en su escrito inicial, incidiendo en lo incapacitante del dolor padecido. Se acompaña dicho escrito diversa documentación médica reflejo del proceso asistencial anteriormente expuesto.

Con fecha 6 de julio de 2023, se notifica al reclamante, escrito de la instrucción dando cuenta de la admisión a trámite de la reclamación, de la normativa de aplicación, plazo de resolución y efectos del silencio administrativo para el caso de inexistencia de resolución expresa.

Por escrito de igual fecha, el Hospital Universitario de Móstoles señala que no le consta ninguna atención al paciente.

El 30 de agosto de 2023 se requiere del HURJC la remisión de la historia clínica del paciente, no obstante, no haber sido reprochada la actuación prestada en dicho centro.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81.1 de la LPAC, figuran en el expediente, los correspondientes informes de los servicios médicos del HUF que prestaron la asistencia médica objeto de reproche.

Fecha el 1 de agosto de 2023 figura informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, en el que después de consignar la asistencia prestada, se recoge *“el dolor inguinal (inguinodinia) es una complicación potencial después de la reparación de una hernia inguinal y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida. La incidencia es de aproximadamente un 10% de los pacientes, aunque sólo en el 2-4% este dolor inguinal es crónico y afecta negativamente a su vida cotidiana. El manejo en estos casos constituye un desafío terapéutico reconocido universalmente. Esta complicación está especificada en el consentimiento informado como “poco frecuente pero grave: Dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa”.*

En el hospital de Fuenlabrada incluso existe un Protocolo Oficial (protocolo de manejo de inguinodinia posthernioplastia, código de documento: cgd-pt-005), elaborado por el servicio de Cirugía, para estandarizar en lo posible el tratamiento de esta complicación cuando sucede. En él se especifican con detalle los pasos a dar, subiendo inicialmente los escalones de analgesia, remitiendo a UDC si no hay mejoría, y recurriendo a la neurectomía quirúrgica (laparoscópica) en casos refractarios a todo lo anterior. En el caso que nos ocupa se han seguido todos esos pasos escrupulosamente y con gran dedicación, incluso llegando en algún momento a valorar el tratamiento quirúrgico

como última esperanza, aunque desaconsejándolo en última instancia al interpretar finalmente que el dolor no parece relacionado con la hernioplastia dadas sus características, la evolución clínica, las pruebas complementarias realizadas (ecografías, RM pélvica, sacra y lumbar) y su falta de respuesta a los bloqueos realizados por la UDC.

Por tanto, y sintiendo mucho la situación del paciente, no está ni claro que el dolor que presenta esté relacionado con la operación de hernia, y en caso de que lo estuviere, es una complicación universalmente conocida, recogida en el consentimiento informado correspondiente, y ante el que en el Hospital de Fuenlabrada se han tomado todas las medidas oportunas y de mayor complejidad existentes”.

El 18 de agosto de 2023, se notifica al reclamante escrito para que identifique el centro hospitalario en el que fue intervenido en el año 2022. Requerimiento que se atiende el día 23 de igual mes, aportándose diversa documentación médica referida a la intervención de referencia.

Por la Inspección Médica se emite el correspondiente informe, fechado el 23 de julio de 2024, en el que se concluye que la asistencia prestada al reclamante fue acorde a la *lex artis*.

El 18 de septiembre de 2024, se notifica al reclamante el preceptivo trámite de audiencia, presentándose alegaciones el día 30 de igual mes, en las que el reclamante manifiesta seguir con los dolores crónicos denunciados que según denuncia le incapacitan para todos los aspectos de la vida diaria. Se adjunta a dicho escrito muy diversa documentación médica de la asistencia que viene recibiendo y resolución de 29 de enero de 2024 del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se le deniega la pensión por incapacidad permanente.

Fecha el 7 de octubre de 2024, figura propuesta de resolución de la viceconsejera de Sanidad en la que se propone desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- El 15 de octubre de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 701/24 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de

responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

En cuanto a la legitimación, el reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al ser el directamente afectado por la actuación médica objeto de reproche.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el HUF, centro integrado en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo, precisando que, 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 presente caso, la reclamación se formula con fecha 25 de mayo de 2023, constando que la intervención quirúrgica de la hernia inguinal derecha se realizó en el mes de octubre de 2018, figurando asimismo que con posterioridad a la misma y en el marco del dolor objeto de reclamación, el paciente ha sido sometido a otra intervención y a diversos tratamientos encaminados a la desaparición o atenuación de dicho dolor, constando que a marzo de 2023 continúa siendo asistido en la Unidad de Dolor del HURJC con previsión de futuros tratamientos, por lo que considerando estas fechas cabe entender que la reclamación ha sido formulada dentro del plazo legalmente previsto.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por el servicio médico del HUF que intervino en la asistencia prestada a la reclamante. De igual modo consta incorporada la historia clínica de la asistencia prestada al paciente en el mencionado HUF, así como la propia de la actuación del HURJC y la historia clínica de Atención Primaria, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia al reclamante que hizo uso del trámite concedido en los términos expuestos.

Finalmente se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“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”*.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo: *«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un*

centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar", debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc".

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria " ... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, el reclamante entiende que se ha producido una incorrecta asistencia médica, con ocasión de la intervención de la hernia inguinal derecha que le fue realizada.

En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas en la reclamación, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las

probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Partiendo de lo señalado, entendemos que el reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a la *lex artis*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus*

consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

Comienza la Inspección enmarcando la patología sufrida por el reclamante, señalando al respecto de la misma que *“la inguinodinia posquirúrgica o dolor inguinal crónico posquirúrgico (DICP) se define como el dolor inguinal de nueva aparición o de características distintas a las del dolor preoperatorio, que persiste más allá de tres meses tras la cirugía inicial y que aparece como consecuencia directa de una lesión nerviosa o afectación del sistema somatosensorial tras la reparación herniaria, con una incidencia ampliamente variable que se torna alrededor del 11%.*

Posterior a la cirugía, los pacientes experimentan molestias que pueden integrarse dentro de tres síndromes dolorosos: de tipo somático, nervioso o visceral; sin embargo, el dolor que persiste y se cronifica por lo general obedece a un origen neuropático. Los pacientes desarrollan cuadros de intensidad variable, que van desde parestesias o hipoestесias, hasta verdaderos episodios de dolor incapacitante. El diagnóstico es esencialmente clínico, donde el mapeo por dermatomas ayuda a delimitar la zona afectada y a tener un control de la evolución del paciente. El manejo incluye una variedad amplia de opciones tanto conservadoras como intervencionistas, incluyendo terapia farmacológica, bloqueos nerviosos, técnicas neuroablativas, uso de neuromodulación y cirugía”.

Descendiendo al caso concreto de asistencia objeto de valoración, señala la Inspección que *“se trata de un varón al que le realizaron una hernioplastia en octubre del 2018 y al mes de dicha intervención comenzó a presentar dolor inguinal que se irradiaba a pene y testículo derecho. Es diagnosticado de dolor postquirúrgico y a partir de ese momento comienza con todos los tratamientos descritos anteriormente: desde fármacos a radiofrecuencia, infiltración del nervio y nueva intervención quirúrgica.*

En la evaluación psicológica del dolor, el paciente manifestó que dicho dolor comenzó en marzo del 2018, y la intervención quirúrgica fue en octubre del 2018; es decir, el dolor NO se debe a la cirugía, sino que estaba previamente y se exacerbó después de la misma.

En la consulta de Rehabilitación, realizada en octubre del 2020, el paciente afirmó que el dolor llevaba años de evolución, habiendo empeorado desde la intervención quirúrgica; pero no afirmó que había empezado a raíz de la misma, sino que reconoció que había empeorado”.

Pronunciamiento en línea con lo señalado en el informe del servicio actuante, al indicar que *“no está ni claro que el dolor que presenta esté relacionado con la operación de hernia”.*

A ello se une que conforme se recoge en dicho informe, aun de apreciarse dicha relación de causalidad, *“es una complicación universalmente conocida, recogida en el consentimiento informado correspondiente”*, siendo así que, efectivamente en el documento de consentimiento informado para la hernia inguinal, firmado por el reclamante en julio de 2018, figura como riesgo poco frecuente y grave el de dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

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

Madrid, a 30 de octubre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 696/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid