

Dictamen nº: **141/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.03.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 23 de marzo de 2021, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. (en adelante, “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Sofía –HUIS–, en relación con las secuelas derivadas de una intervención de incontinencia urinaria.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 23 de octubre de 2019 en el registro de la Consejería de Sanidad.

La interesada refiere en su escrito que a raíz de un prolapso vaginal y previa consulta y asesoría con su ginecóloga del HUIS, el 24 de octubre de 2018 le realizaron una intervención quirúrgica para la colocación de una malla y que, en consecuencia, ha estado de baja durante 365 días ya que por causa imputable al equipo médico le

produjeron los siguientes daños y perjuicios: afectación del nervio obturador izquierdo; dolor constante e imposibilidad normal de movilización sin ayuda de bastón; “*daño en vida de relación*” por dolor en las relaciones sexuales; sangrados intermenstruales; y desviación estética del pie izquierdo que, pese a las terapias, sigue desviado hacia un lado. Indica que, en vista de la afectación funcional del pie, no ha sido posible volver a practicar deporte, ni desarrollar una vida normal al lado de su familia ya que depende del bastón para las actividades rutinarias.

Considera evidente la relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento de los servicios públicos de la Administración, ya que antes del 24 de octubre de 2018, no tenía padecimientos previos en su movilización, ni dolor agudo en el pie, o al tener relaciones sexuales. Precisa que todos esos padecimientos empezaron una vez se recuperó de la anestesia.

Solicita una indemnización de 20.000 euros y adjunta con su escrito diversa documentación médica y partes de baja desde el día 25 de octubre de 2018 hasta el día 9 de octubre de 2019.

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

La interesada, de 39 años en el momento de los hechos, el 30 de mayo de 2013 acude a la consulta de la Unidad de Suelo Pélvico del HUIS por incontinencia urinaria. La paciente refiere pérdidas de orina con los esfuerzos moderados de forma diaria por lo que lleva protector. También comenta urgencia miccional. No nicturia. En la exploración ginecológica no se observa prolapso de órganos pélvicos ni pérdida de orina con la maniobra de Valsalva y vejiga llena. En la ecografía transperineal se observa que el ángulo uretrovesical está conservado con descenso del cuello vesical hasta pubis con Valsalva. Se establece como juicio clínico incontinencia urinaria mixta. Se recomiendan

ejercicios tonificadores del suelo pélvico, cambio de hábitos diarios y nuevo control en 4 meses.

El día 3 de octubre de 2013, en una nueva revisión, refiere ligera mejoría aunque persisten las pérdidas de orina con esfuerzos importantes. Mantiene deseo genésico. Se propone rehabilitación del suelo pélvico y reevaluación en 6 meses.

El día 3 de abril de 2014 acude a revisión. Ha realizado fisioterapia. Se encuentra mucho mejor, no tiene pérdidas de orina, solo ocasionalmente y con grandes esfuerzos. Control en 6 meses.

El día 13 de noviembre de 2014 acude a control. Ante la persistencia de la mejoría se recomienda mantener los ejercicios de suelo pélvico y se da el alta en la consulta.

El día 15 de enero de 2016, a las 5.28 h la interesada da a luz una niña. Parto eutócico bajo anestesia epidural. Alta hospitalaria el día 17 de enero de 2016.

El 17 de octubre de 2016 la paciente es remitida desde Atención Primaria a Ginecología del HUIS por prolapso uterino. Refiere molestia en genitales (sensación de bulto). En la exploración cistocele grado II. Se entregan ejercicios y se solicita consulta en suelo pélvico.

El 17 de enero de 2017 acude a la Consulta de Suelo Pélvico por cistocele grado II. Refiere molestias en genitales, problemas en las relaciones sexuales e incontinencia urinaria mixta leve previa al último parto. En la exploración cistocele grado I con Valsalva mantenido. Introito amplio. Útero y anejos normales. No se objetiva pérdida de orina con Valsalva mantenido. Se recomiendan ejercicios de suelo pélvico y se remite a Rehabilitación y control posterior en suelo pélvico.

El día 7 de febrero de 2017 es vista en Rehabilitación. La paciente refiere empeoramiento de la incontinencia después del parto de 15 de enero de 2016. Dispareunia e incontinencia de gases. Test International Consultation on Incontinence (ICIQ-SF) 18 puntos (puntuación superior a cero se considera incontinencia urinaria). Test de severidad de Sandvik 8 puntos, que supone un grado grave de incontinencia (previos en mayo de 2014, 7 y 6 respectivamente). Se recomienda fisioterapia de suelo pélvico y continuar con los ejercicios.

El 25 de octubre de 2017 acude a control en Ginecología. Ha realizado rehabilitación sin gran mejoría. Continúa con incontinencia mixta y además presenta incontinencia de gases. Refiere que esta situación le interfiere mucho y limita su calidad de vida. En la exploración cistocele grado I-II con uretrocele. No prolapso de recto ni útero. Pérdida de orina con Valsalva. La paciente refiere no querer tener más hijos después del segundo parto, por lo que se propone corrección quirúrgica con banda suburetral. En la historia consta que se explica el procedimiento y corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero no de urgencia miccional, que en algunos casos puede empeorar. Se solicita preoperatorio y consulta a Anestesia. Se entrega el consentimiento informado. En el documento de consentimiento informado para la corrección de incontinencia urinaria figura la descripción, el objetivo y beneficios de la técnica quirúrgica, así como las complicaciones generales y específicas de la intervención propuesta. Se incluye en lista de espera quirúrgica.

El 27 de junio de 2018 se realiza la valoración prequirúrgica. Se considera apta para el tratamiento propuesto. La paciente firma el consentimiento informado para la anestesia regional vs general para cirugía de incontinencia de orina. En el documento se describen entre los riesgos generales los derivados de la postura, que pueden consistir en lesión nerviosa, cutánea o dolor muscular.

El 17 de octubre de 2018 acude a consulta. Se confirma el diagnóstico cistocele grado II e incontinencia urinaria de esfuerzo. Tratamiento propuesto corrección de cistocele y banda transobturadora (TOT) suburetral.

El 24 de octubre de 2018 se realiza la intervención quirúrgica con anestesia general. Técnica colpotomía vertical. Colocación de banda suburetral (TVTO-Abrevvo). Se comprueba la adecuada colocación de la malla sin tensión en su parte central. Colpoplastia anterior para corregir el cistocele. No se describen incidencias. La paciente en las primeras horas del postoperatorio evoluciona favorablemente. Se inicia sedestación. Posteriormente refiere dolor irradiado a ingle izquierda e imposibilidad de movilización de la articulación de la cadera izquierda, flexión y aducción, que no cede con AINEs. El cuadro coincide con posible irritación del nervio obturador secundario a la técnica quirúrgica. Se pauta dosis puntual de metilprednisolona e ingresa en hospitalización para evaluación y seguimiento.

El 25 de octubre 2018 se encuentra bien, refiere mejoría, ha recuperado movilidad (flexión/aducción de miembros inferiores). El dolor que refiere al movimiento impresiona ser tipo pinchazo a nivel de la ingle al intentar movilizar. Se controla con paracetamol y Enantyum. Ha conseguido bipedestación. Micción normal, controlada, no pérdidas ni con Valsalva. No tenesmo. Juicio clínico: irritación del nervio obturador izquierdo.

El 26 de octubre de 2018 se encuentra bien. Refiere mucha mejoría del dolor y la movilidad. Se levanta y camina con molestias. Dolor controlado con analgesia oral. La paciente es dada de alta. Se recomienda movilización en domicilio y analgesia con Nolotil o Gelocatil, si precisa.

El 29 de noviembre de 2018 acude a revisión. Se encuentra bien. No tiene pérdidas de orina. Ha mejorado la cojera pero persisten las molestias en la ingle y nota que al caminar el pie izquierdo se va hacia un lado. En la ecografía transperineal se observa la malla en el 1/3 medio-ext de uretra. No residuo miccional. Se solicita valoración en Neurología y nuevo control en Ginecología en 2 meses.

El 18 de diciembre de 2018 acude a la consulta de Neurología. En la exploración, leve dificultad para la flexión dorsal del pie izquierdo. Sensibilidad conservada. Reflejos normales. Marcha con dificultad para hacer talones en pie izquierdo pero bien de puntillas. En la historia clínica consta como juicio clínico: posible peroneo izquierdo. Se solicita EMG y Rehabilitación.

El 31 de enero de 2019 acude a revisión en Ginecología. Se encuentra bien. No tiene pérdidas de orina con los esfuerzos. La paciente nota sensación de bulto en genitales al limpiarse. En la exploración genitales externos normales. Cicatriz de malla en cara anterior de la vagina sin alteraciones ni extrusión de malla. No se objetiva pérdida de orina con Valsalva. No cistocele. No histerocele. No rectocele. Plan: nuevo control en 5 meses.

En marzo de 2019 se realiza electroneuromiograma que muestra una probable axonotmesis parcial del nervio obturador izquierdo, en fase de escasa reinervación. No se observan datos de polineuropatía subyacente. No hay datos de lesión en el nervio peroneo izquierdo, ni tibial posterior ni sural izquierdos. No hay denervación radicular en el resto de los territorios radiculares explorados en el momento actual (L1, L3-L4-L5-S1 izquierdos).

El 19 de marzo de 2019 acude a la Consulta de Neurología. Refiere debilidad en la pierna izquierda y que camina con el pie rotado hacia el exterior. Además, presenta dolor opresivo en la región glútea de la misma pierna y se irradia hasta la ingle, en ocasiones con

sensación eléctrica. En la exploración: SM tono y trofismo conservado. BM no prona ni excava en maniobras de provocación. Actitud en miembro inferior izquierdo -MII- en rotación externa. BM 4/5 en aducción de MII, debilidad en la rotación interna. Resto 5/5. ROT ++/++++ de forma generalizada y simétrica. RCPFB. Hoffman negativo. Sensibilidad hipoestesia táctil en muslo izquierdo leve. Cerebelo no presencia de disimetría ni disdiadococinesia. Romberg negativo. Marcha sin alteraciones aparentes. Se establece como juicio clínico: neuropatía del nervio obturador izquierdo en probable relación con cirugía previa. Se pauta pregabalina.

El 29 de marzo de 2019 acudió a la Consulta de Rehabilitación. Pautan tratamiento rehabilitador (15 sesiones de tonificación muscular) y volver a revisión.

El 6 de junio de 2019 acude a revisión en la Consulta de Suelo Pélvico. Se encuentra bien. No tiene pérdidas de orina con los esfuerzos. Está haciendo rehabilitación en su mutua (Fremap). Refiere dolor en la cara lateral izquierda de la vagina con las relaciones sexuales. Desde hace tres meses tiene sangrados intermenstruales. En la ecografía transperineal se observa que la malla está bien colocada en el 1/3 medio de la uretra. Se informa a la paciente de la posibilidad de seccionar la malla en el lado izquierdo para conseguir mejoría. Se decide comentar el caso en sesión multidisciplinaria con Neurología y Rehabilitación.

En la sesión multidisciplinaria, la propuesta de sección de la malla fue desaconsejada por la neuróloga porque en su opinión no parecía que la sección de la malla en el lado izquierdo fuera a mejorar la lesión nerviosa, que por otro lado era pequeña. Por otra parte, tampoco recomendaban la infiltración local dado el tiempo que había pasado desde la cirugía. Le comunicaron telefónicamente la decisión adoptada. Estaba pendiente de Rehabilitación en el hospital y

mientras tanto la seguía realizando en Fremap. Se pide nueva cita en la Consulta de Suelo Pélvico para ver evolución y hablar personalmente.

El 26 de junio de 2019 acude a revisión en Suelo Pélvico. Refiere que persiste la sintomatología, mejoría parcial del dolor con pregabalina 50 mg/12 h. Le indican que puede subir de forma paulatina si buena tolerancia y persiste el dolor hasta 75 mg/12 h.

El 10 de julio de 2019 comienza la rehabilitación en el hospital. Tiene indicada cinesiterapia pasiva y asistida suave para mantener BA funcionales en miembro inferior izquierdo -MII-. Tonificación suave de MMII. Reeducación de la marcha de forma progresiva Facilitar manejo en transferencias y actividades de la vida diaria.

El 29 de julio de 2019 termina el tratamiento.

El 30 de julio de 2019 acude a revisión en Rehabilitación. Refiere leve mejoría en la movilidad de la cadera izquierda pero continúa con mucho dolor, que la desanima porque hay días que la hace llorar a pesar de tomar la medicación. Camina con ayuda de una muleta y si se concentra no camina con tanta rotación externa. Se le han enseñado ejercicios para aumentar BM de MII y mejorar el patrón de la marcha pero comenta que le duele al realizarlos. También se habían aplicado corrientes interferenciales en zona aductora. En la exploración física: hipoestesia en región inguinal izquierda y cara interna de muslo. Dolor a la palpación de región inguinal con punto gatillo psoas. Dolor en piramidal izquierdo y trocánter mayor izquierdo. BA: en límites y doloroso en últimos grados de flexión y rotación interna de MII con BM proximal 4+/5 excepto aductores 4/5. Marcha con MII en rotación externa. Consigue marcha de puntillas pero claudica con talones. Tacto vaginal: dolor y punto gatillo en músculo elevador del ano izquierdo. Plan: subir progresivamente

pregabalina hasta 75 mg/12 h y continuar con los ejercicios indicados. Se pauta tratamiento de rehabilitación y revisión.

El 31 de octubre de 2019 acude al Servicio de Urgencias del HUIS por mayor dolor en ingle izquierda desde hace una semana, se irradia a glúteo y tiene sensación de pinchazo intenso en MII. Se administra analgesia y disminuye el dolor, con mejoría clínica significativa. Juicio clínico: neuropatía del nervio obturador izquierdo en probable relación con cirugía previa. Encontrándose estable clínica y hemodinámicamente se decide alta domiciliaria y control por su médico de Atención Primaria. Se solicita cita preferente con Rehabilitación para nueva valoración.

En la historia de Atención Primaria consta que el 14 de noviembre de 2019 se ha solicitado una interconsulta a Psiquiatría.

En la historia clínica del HUIS consta que en febrero de 2020 se ha realizado un electroneuromiograma con las siguientes conclusiones: Probable axonotmesis parcial del nervio obturador izquierdo, en fase crónica (similar a estudio previo). Sin datos de lesión en nervios peroneal profundo, superficial, tibial posterior y sural izquierdos (no hay datos de plexopatía subyacente, ni datos de polineuropatía). No hay datos de denervación preganglionar ni activa ni crónica en territorios L2-L3 derecha, y L3-L4, L4-L5, L5-S1, S1-S4 bilaterales en el momento actual.

El 16 de marzo de 2020 acude a revisión en Neurología. Refiere persistencia de la sintomatología, aunque más controlada con aumento de la dosis de pregabalina. Desde hace dos meses toma duloxetina pero no lo tolera bien. Ha sido evaluada por psicóloga diagnosticando un trastorno ansioso-depresivo adaptativo secundario a su patología. Juicio clínico: neuropatía de nervio obturador en probable relación con cirugía previa asociado a dolor neuropático

crónico incapacitante. Síndrome ansioso-depresivo adaptativo. Probable intolerancia a duloxetina. Plan: retirar duloxetina, tryptizol 25 mg 1/24h, pregabalina 150 mg/12h. Revisión en 3 meses.

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

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUIS.

El informe comienza efectuando un resumen de la historia clínica de la interesada, con referencia al diagnóstico efectuado de *“neuropatía del nervio obturador izquierdo en probable relación con cirugía previa”*, e indica que, en este caso, se trata de una complicación surgida a raíz de la intervención vaginal por incontinencia de orina realizada mediante colocación de una banda libre de tensión por debajo de la uretra.

Explica que son las bandas libres de tensión, y refiere que se colocan a nivel suburetral a través de una pequeña incisión vaginal, pero a diferencia de las bandas convencionales, no atraviesan la totalidad de los espacios, sino que consiguen su estabilidad fijándose en el músculo obturador o en su fascia. Indica que esa fue la técnica utilizada en este caso, refiriéndose al tipo de malla colocad.

Continúa señalando que, como cualquier cirugía, la colocación de una banda suburetral puede tener complicaciones intra y

postoperatorias, tanto generales como específicas de la técnica y que el primer requisito para disminuir de forma razonable el número de complicaciones consiste en una adecuada sección, evaluación y diagnóstico preoperatorio, con el fin de ofrecer a cada paciente el procedimiento quirúrgico más adecuado en cada caso. Considera que, dado que la interesada había realizado ya rehabilitación sin mejoría evidente y refería que la incontinencia limitaba su actividad diaria, la indicación quirúrgica era la correcta.

Según el informe, las complicaciones intraoperatorias de la técnica de banda suburetral son: hemorragia (7%), lesiones vesicales (8%), y uretrales (6%). Posteriormente, pueden aparecer. Dificultad para el vaciado vesical (10%), infección (11%), disfunción sexual (2%), fístulas urinarias (3%) y formación de cálculos vesicales (3%). Las lesiones neurológicas son poco frecuentes y pueden originar diferentes manifestaciones dependiendo del área afectada.

Indica que una mala colocación de la paciente en la posición de litotomía durante el acto quirúrgico, por someterla a una flexión y rotación externa forzada, con posible afectación de distintos nervios, entre ellos el obturador, como es el caso que nos ocupa, pudiendo aparecer una neuropatía tanto sensitiva como motora. Afirma que las lesiones del nervio obturador son raras y cuando existen, se manifiestan ya en los primeros días del postoperatorio, refiriendo un dolor perianal intenso irradiado hacia la región inguinal y la cara anterior del muslo, con movilización de la pierna limitada por el dolor.

Finaliza señalando que, en este caso, a pesar de realizarse una intervención correctamente indicada, con la técnica adecuada y sin que se describan incidencias en la ejecución, se produjo una complicación típica pero poco frecuente, que ha ocasionado secuelas a la paciente.

El informe de la Inspección Sanitaria se emite con fecha 22 de mayo de 2020. Tras analizar la historia clínica y los informes emitidos, efectúa una serie de consideraciones médicas y señala que el análisis de las actuaciones clínicas llevadas a cabo en la atención sanitaria prestada a la paciente permite objetivar que las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas, en función de los signos y síntomas evidenciados en cada momento, fueron adecuadas. Añade que no puede determinarse que la lesión nerviosa aparecida a raíz de la intervención quirúrgica realizada sea consecuencia de mala praxis.

El día 10 de julio de 2020, la interesada presenta un escrito en el que solicita que se emita una resolución expresa. Consta un oficio de fecha 15 de julio de 2020 de la jefa de Equipo del Área de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, indicando a la interesada que la tramitación del procedimiento está prácticamente concluida y que se va a dictar resolución expresa. No figura en el expediente la notificación del citado oficio.

Evacuado el oportuno trámite de audiencia a la reclamante, no consta que, en uso de dicho trámite, formulara alegaciones.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria ha formulado propuesta de resolución de 15 de febrero de 2021 en el sentido de desestimar la reclamación por no concurrir los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 23 de febrero de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna

propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 23 de marzo de 2021.

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

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.

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

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial.

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

En el caso sometido a dictamen, la última intervención quirúrgica se realizó el día 24 de octubre de 2018 con fecha de alta hospitalaria el día 26 de octubre de 2018. Por tanto, la reclamación presentada el día 23 de octubre de 2019 está formulada dentro del plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de determinación de las secuelas.

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

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

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 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 en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJ-PAC:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las 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”*.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal [por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010)] que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los*

límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”, por lo que “si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido” ya que “la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “*puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido*”, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Como hemos señalado anteriormente, para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de

los profesionales que atendieron paciente, debemos partir de lo que constituye 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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Sin embargo, en este caso, la interesada no aporta prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis en la asistencia prestada en el HUIS. Frente a esta ausencia probatoria, tanto el informe del servicio implicado, como el informe de la Inspección coinciden en señalar que la asistencia prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis*.

Sentado lo anterior, procede analizar el concreto reproche formulado por la interesada, que considera que las secuelas referidas en su escrito son consecuencia del mal funcionamiento de los servicios públicos, ya que con anterioridad a la intervención quirúrgica realizada el 24 de octubre de 2018 no sufría ninguno de los padecimientos que aparecieron inmediatamente después de ser practicada.

Frente a dicha consideración, la Inspección Sanitaria, afirma que, tanto la indicación del tratamiento quirúrgico, como la técnica utilizada, fueron correctas.

El informe explica que las lesiones neurológicas de extremidades inferiores perioperatorias pueden estar relacionadas con la colocación del paciente durante la intervención o con el desarrollo de la técnica quirúrgica.

Refiere que se han descrito varios tipos de lesiones nerviosas de las extremidades inferiores más comunes en la posición de litotomía,

en comparación con otras posiciones. En concreto, en un estudio observacional se ha visto que el 1,5 % de los pacientes colocados en litotomía presentaron neuropatía transitoria en las extremidades inferiores.

Indica que la posición de litotomía se utiliza en cirugía vaginal, perineal, urológica y rectal y consiste en la colocación del paciente en decúbito dorsal, con las piernas separadas y las caderas y rodillas flexionadas.

A continuación, refiere los diferentes tipos de lesión del nervio periférico: neuroapraxia, axonotmesis y neurotmesis.

Explica que la axonotmesis es una lesión nerviosa en la que se conserva la continuidad del nervio, se produce una degeneración de las vainas de mielina y de los axones, pero las estructuras conjuntivas permanecen intactas. Suele originarse por estiramiento o por aplastamiento. Clínicamente se manifiesta con paresia completa de la corriente nerviosa. Al no estar interrumpida la continuidad nerviosa se pueden producir los fenómenos de degeneración y regeneración en su sección distal, consiguiendo una regeneración completa del patrón neurofibrilar normal y una recuperación funcional del nervio sin intervención quirúrgica.

En cuanto al nervio obturador, explica que su lesión aislada es infrecuente, y puede ser el resultado de seccionar, estirar o comprimir el nervio, indicando que, además de su quemadura por electrocoagulación, la ligadura, el atrapamiento y la formación de neuromas son mecanismos comunes de lesión.

Precisa que esta lesión, que tiene una incidencia entre el 0,5 y 2%, puede ocurrir asociada a instrumentación de partos complicados o procedimientos pélvicos por endometriosis o neoplasias malignas en

las que se requiere disección de ganglios linfáticos o abordaje retroperitoneal en la fosa obturatriz, y ha sido descrita en cirugía pélvica laparoscópica en procedimientos urológicos y ginecológicos.

Añade que la lesión del nervio obturador también se ha asociado con la posición de litotomía por un mecanismo poco claro. Se ha demostrado que la flexión de la cadera más allá de los 90° produce un estiramiento de los ligamentos inguinales y, dado que el nervio obturador pasa a través de ellos, puede verse afectado por una angulación extrema.

Señala que, en este caso, el desarrollo del procedimiento quirúrgico, que consiguió la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo que presentaba la paciente, se produjo la axonotmesis del nervio obturador izquierdo sin que pueda precisarse el origen de esta lesión, precisando que, como recoge la bibliografía, se trata de una complicación poco frecuente, pero no inexistente.

Precisa que, una vez diagnosticada la afectación nerviosa, se aplicaron los tratamientos utilizados habitualmente en el manejo de esta patología sin conseguir la desaparición de la sintomatología.

A continuación, y a modo de resumen, concluye que el análisis de las actuaciones clínicas llevadas a cabo en la atención sanitaria prestada a la paciente permite objetivar que las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas, en función de los signos y síntomas evidenciados en cada momento, fueron adecuadas.

Añade que no puede determinarse que la lesión nerviosa aparecida a raíz de la intervención quirúrgica realizada sea consecuencia de mala praxis.

Conclusión a la que hemos de atenernos teniendo en cuenta el valor fundamental del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo

de expedientes, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de octubre de 2019 (recurso 798/29017), precisando que, sin ser propiamente una prueba pericial, el informe de la Inspección Sanitaria constituye un relevante elemento de juicio para resolver las cuestiones litigiosas, cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes, siempre que sus consideraciones y conclusiones estén motivadas y sean objetivas y coherentes, como es el caso.

Ha de hacerse por último una referencia expresa al documento de consentimiento informado para el “*acto anestésico*”, firmado por la interesada el día 27 de junio de 2018 en cuyo apartado de “*riesgos generales*” consta un apartado referido a la “*postura*” en el que se indica que “*debido al tiempo, a la posición en quirófano y a la predisposición individual, puede presentar alguna lesión nerviosa, cutánea o dolor muscular*”. Dicha circunstancia permite considerar que la reclamante conocía los riesgos que podían materializarse, aunque la técnica fuera irreprochable desde la perspectiva de la *lex artis*, como sucede en este caso.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haber acreditado la existencia de mala praxis ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 23 de marzo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 141/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid