

Dictamen n.º: **21/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **19.01.21**

DICTAMEN de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 19 de enero de 2021, emitido ante 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 asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña. (en adelante, “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios derivados de las lesiones neuropáticas que se le ocasionaron, a partir de la intervención quirúrgica de ureterohidronefrosis derecha, practicada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, el día 21 de noviembre de 2018.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante, mediante escrito presentado el 3 de septiembre de 2019 en la oficina del Registro General del Ayuntamiento de Alcalá de Henares, formuló reclamación patrimonial frente al SERMAS.

La reclamación argumenta que medió negligencia en la intervención quirúrgica de ureterohidronefrosis derecha, que le fue practicada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, el día 21 de noviembre de 2018 y, en concreto, que ha sufrido una afectación

nerviosa a consecuencia de la errónea colocación de su cuerpo en el quirófano.

Afirma que durante la intervención fue situada en posición decúbito supino en Trendelemburg, con hombrera en miembro superior derecho y postura en extensión y rotación derecha de dicha extremidad y que, a resultas de la compresión nerviosa subsiguiente, ha padecido una alteración sensitivo motora en el miembro superior derecho, por la afectación del plexo branquial derecho, siendo diagnosticada tras la intervención de plexopatía braquial traumática.

Por todo ello y para la reparación de los daños y perjuicios irrogados, solicita una indemnización de 18.600 euros, que desglosa valorando 88 días de perjuicio particular moderado y un día de perjuicio grave, así como 9 puntos funcionales por secuelas, en las que incluye la limitación de la movilidad de las diferentes articulaciones del miembro superior derecho. También aduce un perjuicio personal particular, por pérdida de calidad de vida.

Adjunta a su reclamación diversa documentación médica.

SEGUNDO.- A la vista de los hechos consignados en la historia clínica de la paciente, destacamos los siguientes datos de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, de 40 años de edad en la fecha de los hechos principales, contaba con antecedentes médicos de ansiedad, miopía y ureterohidronefrosis derecha, sin identificar la causa obstructiva. Por este último motivo, en junio del 2018 se le implantó una derivación ureteral derecha interna, mediante un catéter “doble J”, aunque se le retiró en agosto del mismo año, al evidenciar persistencia de la dilatación de la vía excretora, y quiste anexial derecho.

En el curso del seguimiento de su patología se le diagnosticó dilatación pielocalicial, que abarcaba el tercio inferior del uréter derecho, coincidiendo con tumoración ovárica derecha. Para su resolución se decidió practicar una intervención quirúrgica programada y conjunta, a cargo de los servicios de Urología y Ginecología del referido hospital.

De conformidad con lo programado, la reclamante fue intervenida el 21 de noviembre de 2018, por cirugía laparoscópica sin complicaciones intraoperatorias, recibiendo el alta médica el día siguiente. En relación al contenido de la operación, según consta en la historia clínica:

-Por parte del Servicio de Urología, se le practicó cistoureteroscopia, en posición de litotomía, dejando colocando *in situ* un catéter “doble J”.

-Por parte del Servicio de Ginecología, durante la intervención se desarrolló una laparoscopia diagnóstica según la técnica habitual, identificando el útero de características normales, Douglas libre sin signos inflamatorios ni datos de endometriosis y ambos anejos de características normales, aunque se identificó en el izquierdo un pequeño quiste de 1 cm, de aspecto funcional. También se constató la ausencia de adherencias y de lesiones pélvicas.

En el postoperatorio inmediato, la paciente refirió trastorno de la sensibilidad y dificultad para mover el brazo derecho de forma global, con discreta mejoría desde el inicio del postoperatorio.

Valorada por Neurología en ese momento, fue diagnosticada de alteración sensitivomotora en miembro superior derecho (MSD) tras procedimiento quirúrgico, constatando un cuadro compatible con una afectación del plexo braquial derecho, en el contexto de la cirugía

laparoscópica practicada. Al alta se indicó observación domiciliar y seguimiento en consultas externas (CE) de Neurología, en quince días.

También se indicó la valoración sucesiva en las consultas de Urología y Ginecología.

El 5 de diciembre de 2018 fue valorada en consultas externas de Neurología, refiriendo igual sensación de acorchamiento y adormecimiento en el 1º dedo del miembro superior derecho, así como dificultad para elevar el brazo y cargar peso.

A la exploración física presentó hipoestesia (disminución de la sensibilidad) en cara antero-externa del brazo derecho y debilidad en la musculatura dependiente de C5, C6 y C7. No percibía dolor y los reflejos bicipital y estiloradial derechos estaban abolidos.

A la vista de la situación, en Neurología se solicitaron las diferentes pruebas diagnósticas: resonancia magnética (RNM) del plexo braquial y de columna cervical, electromiografía (EMG) del miembro superior derecho y, posteriormente gammagrafía ósea (GGF).

-El EMG, fue realizado el 13 de diciembre de 2018 y reflejó una plexopatía braquial derecha del cordón lateral (nervio mediano), sin evidencia de lesión axonal en ese momento (24 días de evolución). También se constató disminución de reclutamiento, sin actividad denervativa en bíceps braquial y pronador teres. A la vista de todo ello y como conclusión, se diagnosticó plexopatía braquial derecha del cordón lateral sin lesión axonal, en ese momento.

-La RNM del plexo braquial derecho, efectuada el día 2 de enero de 2019, concluyó que no se observaban alteraciones en el plexo braquial derecho.

-La RNM de columna cervical, también del 2 de enero de 2019, constató una rectificación de la lordosis cervical. También reflejó una protrusión discal difusa C5-C6 posterior, con extensión bilateral sobre todo izquierda, sin compromiso radicular ni medular y un probable angioma en C7, a valorar con gammagrafía ósea (GGF).

La ulterior GGF, realizada el 30 de enero de 2019, informó de una leve retención del radiotrazador en el riñón derecho, a valorar en relación con los antecedentes clínicos. Además, el informe recoge: *“No clara repercusión gammagráfica del radiotrazador en región cervical, por lo que impresiona lesión de baja agresividad”*.

También consta informe del Servicio de Rehabilitación (RHB), de fecha 28 de enero de 2019, al que la paciente fue derivada por Neurología. El mismo destaca que la paciente refiere disminución de la fuerza muscular y de la movilidad del miembro superior derecho, aunque *“es capaz de mover antebrazo y muñeca. Utiliza cabestrillo y se lo quita ocasionalmente en domicilio”*. El informe decidió iniciar tratamiento rehabilitador, al objeto de potenciar la movilidad del hombro y la cintura escapular de la paciente.

En valoraciones posteriores se constata una evolución muy favorable de la movilidad del miembro superior derecho, destacándose la ausencia de atrofas y en cuanto al balance articular del hombro derecho, las pruebas evidenciaron: flexión de 150° completa, abducción de 170° completa, rotación interna de la mano a columna dorsal baja completa, rotación externa en plano escapular completa. La movilidad del codo y de la muñeca y mano también era ya completa y funcional.

Tras más de 26 sesiones, fue dada de alta en RHB el 17 de abril de 2019, por mejoría y estabilización del cuadro.

El urólogo también mantuvo el seguimiento habitual, con revisiones periódicas. La última valoración que consta es de 10 de septiembre de 2019, con previsión de revisión en 1 año y sin que consten consultas pendientes en la actualidad.

Además, la reclamante también fue valorada por Psiquiatría el 31 de octubre de 2019, descartándose trastorno psicopatológico, por lo que no precisó tratamiento ni seguimiento por parte de este servicio, remitiéndose al médico de Atención Primaria para control y seguimiento.

En la actualidad la reclamante no ha requerido nueva valoración por RHB, ni por Neurología. Tampoco constan citas pendientes.

TERCERO.- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (título preliminar, capítulo IV) (en adelante LRJSP).

Se incorporó al expediente la historia clínica de la reclamante recabada del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, los consentimientos informados para las distintas intervenciones y técnicas invasivas practicadas (el consentimiento informado para la anestesia loco-regional aplicada, de fecha 7 de noviembre de 2018, el consentimiento informado para la laparoscopia ginecológica, de fecha 23 de octubre de 2018, y el preciso para la colocación del catéter uretral o “doble J”, de fecha 6 de julio de 2018, que respectivamente constan en los folios 85-87, 88-89 y 102-104 del expediente) y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, el informe del jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia y el del servicio de Urología del hospital, de fechas 4 de diciembre de 2019 y 8 de enero de 2020.

Los referidos informes repasan la participación de cada uno de los servicios en la intervención quirúrgica desarrollada el 21 de noviembre de 2018. De los mismos se desprende que la reclamante fue intervenida en esa fecha en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de forma programada y conjunta por los servicios de Urología y Ginecología, con el diagnóstico de dilatación pielocalicial que abarcaba el tercio inferior del uréter derecho, coincidiendo con tumoración ovárica derecha.

Refieren expresamente que la paciente fue intervenida por cirugía laparoscópica, en posición de litotomía sin Trendelenburg -así lo indica concretamente el informe del jefe de servicio de Urología, que obra en el folio 113 del expediente-, sin que se produjeran complicaciones intraoperatorias de ningún tipo y recibiendo el alta médica al día siguiente.

Los informes también recogen que en el postoperatorio inmediato, la paciente refirió trastorno de la sensibilidad y dificultad para mover el brazo derecho de forma global y que valorada por Neurología en ese momento es diagnosticada de alteración sensitivomotora en miembro superior derecho (MSD) tras procedimiento quirúrgico, cuadro compatible con afectación del plexo braquial derecho en el contexto de cirugía laparoscópica.

En referencia a la reclamación que ahora se analiza, concluyen que las actuaciones médicas que se le practicaron, fueron acordes a la *lex artis* por cuanto resultaban ajustadas a la sintomatología que presentaba la paciente y al criterio médico vigente, resultando- por lo demás- fructíferas: *“...Posteriormente la paciente ha sido valorada periódicamente por el servicio de Urología, comprobándose una disminución progresiva de la uretrohidronefrosis y función bilateral renal normal, en estudios isotópicos. Estudios en que se evidencia la ausencia de retardo en la excreción del radiofármaco por parte del riñón derecho.*

Ante esta evidencia se considera no tributaria de tratamientos quirúrgicos o reimplante uretrovesical derecho e indican valoraciones periódicas, habiendo realizado la última valoración el 10 de septiembre de 2019”.

Constando dos nuevas solicitudes de impulso procedimental efectuadas por la interesada, de fechas 31 de enero y 8 de octubre de 2020 y, la incorporación al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, que igualmente establece que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis ad hoc*. Posteriormente se concedió trámite de audiencia a la remante, mediante diligencia de 13 de octubre de 2020, con acuse de recibo domiciliario del día 23 de octubre.

Trascurrido el plazo concedido al efecto, sin haber efectuado alegaciones finales la reclamante, finalmente el día 10 de diciembre de 2020 se ha redactado la oportuna propuesta de resolución, proponiendo desestimar la reclamación y considerar adecuada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada.

CUARTO.- El consejero de Sanidad mediante oficio que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 18 de diciembre de 2020, formula preceptiva consulta.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la reunión del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 19 de enero de 2021.

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 por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y 13/22 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, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC, al haberse iniciado con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma. La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el personal sanitario del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, centro hospitalario integrado dentro de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el caso sujeto a examen, en el que se reclama por las

lesiones neuropáticas que presuntamente se ocasionaron a la reclamante, a partir de la intervención quirúrgica practicada el día 21 de noviembre de 2018, con independencia de cualquier otro análisis sobre la fecha final de los tratamientos rehabilitadores, dado que la reclamación se interpuso antes de transcurrir un año desde esa fecha - el día 3 de septiembre de 2019-, debemos tenerla por formulada en plazo.

En cuanto 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 parte de los servicios de Urología y el de Ginecología y Obstetricia del hospital, implicados en el proceso asistencial por el que se reclama. Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Además, se ha conferido trámite de audiencia y se ha redactado la propuesta de resolución, remitida junto con el resto del expediente a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo. En suma, de lo anterior cabe concluir que el procedimiento se ha tramitado de forma completa sin que se haya omitido ningún trámite que resulte esencial 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.

El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC. 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 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 artículo 32 de la LRJSP:

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, 16/22 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”*.

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), en la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis 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”*.

CUARTA.- En este caso, como ya hemos adelantado, la reclamante centra sus reproches en la intervención quirúrgica de ureterohidronefrosis derecha, practicada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias el día 21 de noviembre de 2018, a la que imputa una serie de complicaciones de carácter neuropático subsiguientes, que le afectaron en la sensibilidad y movilidad del miembro superior derecho.

Así las cosas, la reclamante alega que la afectación nerviosa que padeció fue consecuencia de la errónea colocación de su cuerpo durante la intervención y, afirma que fue situada en posición decúbito supino en Trendelenburg, con hombrera en miembro superior derecho y postura en extensión y rotación derecha de dicha extremidad, causándole la subsiguiente compresión nerviosa.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches del reclamante, 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 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), 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 las anteriores premisas cabe considerar que el reclamante no ha aportado prueba que acredite la infracción de la *lex artis* denunciada. Es más, los informes médicos que obran en el procedimiento han puesto de manifiesto la falta de rigor de las afirmaciones formuladas por la reclamante, que sustenta su reclamación en las pretendidas complicaciones de una posición en la

que no se desarrolló efectivamente la operación que se le practicó, ya que según consta en la historia clínica y en el informe del jefe de servicio de Urología, la paciente permaneció durante la intervención en posición de litotomía, sin Trendelemburg.

Ayuda enormemente a la comprensión de la cuestión objeto de reclamación, el cumplido informe de la Inspección sanitaria. Respecto del mismo, además, debemos recordar la importancia que solemos otorgar a estos informes, en línea con la jurisprudencia, ya que su fuerza de convicción deviene de la profesionalidad, objetividad e imparcialidad de quienes lo emiten, respecto del caso y de las partes [así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016)]. Pues bien, en el presente caso, el citado informe explica que la correcta colocación del paciente que va a ser sometido a un proceso quirúrgico, forma parte esencial de la asistencia sanitaria dentro de un quirófano, resultando determinante en su adecuado desarrollo, tanto el posicionamiento del paciente, como el de los medios materiales y humanos que se precisen.

Señala que: *“En una intervención quirúrgica, la posición del paciente facilita el desarrollo de la operación, pero también debe respetar las funciones vitales y la integridad corporal. En este sentido, la posición del paciente en la mesa de operaciones forma parte de la cirugía”. Y también: “El origen postural de las neuropatías periféricas sólo se confirma en el 30% de los casos. Cualquiera que sea la posición, los mecanismos de la lesión son la compresión o el estiramiento de los nervios. En el miembro superior, los que se afectan con más frecuencia son en primer lugar el nervio cubital por compresión y luego el plexo braquial (caso actual) por estiramiento”.*

El informe describe la posición empleada en nuestra paciente, la posición “litotómica” o ginecológica: *“Enfermo en decúbito supino con las extremidades inferiores flexionadas y elevadas, para dejar*

accesibles al periné y el recto. Se utiliza en cirugía perianal, rectal, vaginal y urológica”, y establece cuáles son sus complicaciones posibles, situando entre las mismas las que se plantean en este caso: “Las consecuencias fisiológicas más frecuentes serían: ...Compresión nerviosa periférica: Caso que nos ocupa, esta paciente presentó una polineuropatía del plexo braquial del miembros superior derecho”.

Así las cosas y, aun sin haber medido ninguna actuación negligente o calificable de mala praxis médica, resulta evidente que tras la intervención quirúrgica que se viene analizando, la paciente sufrió una complicación que, tanto el informe del servicio implicado en el proceso asistencial, como el informe de la Inspección Sanitaria califican como posible en este tipo de intervenciones.

Establece el mismo informe de la Inspección que: *“Según la bibliografía revisada, la información constatada en las hojas de protocolo quirúrgico y de anestesia, así como los pasos teóricos de la intervención, las actuaciones del HUPA fueron las adecuadas desde el ingreso hasta la salida de quirófano.*

Posteriormente la paciente presentó una complicación propia del procedimiento quirúrgico practicado (informada en el consentimiento informado de anestesia firmado por la paciente): una polineuropatía sensitivo-motora que se encuentra curada en la actualidad.

Igualmente consideramos oportuno reseñar que tras el alta emitida por el RHB con exploración física normal, la paciente no ha requerido nueva valoración por RHB o Neurología por lo que podemos considerar que se encuentra estabilizada”.

En este sentido la Inspección Sanitaria explica que la reclamante recibió una cumplida información no solo verbal sino escrita, sobre los riesgos que implicaba el procedimiento anestésico. Así, en el

documento de consentimiento informado para la anestesia, firmado el día 7 de noviembre de 2018, consta como una de las posibles complicaciones la lesión nerviosa postural, que es precisamente la que al parecer se produjo.

De ese modo, el informe de la Inspección destaca que: *“Las complicaciones quirúrgicas debidas al posicionamiento son riesgos fisiológicos inherentes al acto quirúrgico, que no se deben considerar mala praxis si se han tomado todas las medidas para evitarlos (como en este caso que, según consta en la historia clínica, se siguieron estrictamente las indicaciones del protocolo quirúrgico) y están contemplados en el consentimiento informado para conocimiento del paciente a intervenir”*.

Por todo lo dicho, en este caso la lectura del documento de consentimiento informado para el acto anestésico permitió a la interesada conocer los riesgos de una lesión nerviosa postural como la que se produjo, con independencia de que la técnica fuera irreprochable desde la perspectiva de la *lex artis*, determinando que los daños a que ello ha dado lugar no puedan considerarse antijurídicos, ni generar responsabilidad de la administración sanitaria.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante.

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 19 de enero de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 21/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid