

Dictamen nº: **583/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.11.21**

DICTAMEN de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 10 noviembre 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*”) actuando representada por letrado, por los daños y perjuicios sufridos a resultas de la intervención quirúrgica de histerectomía total y salpinguectomía bilateral con conservación de ovarios, que le fue practicada el 16 de agosto de 2017, en el Hospital Universitario Infanta Elena.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado el 28 de abril de 2020 en el Registro Electrónico del Ministerio de Política Territorial y Función Pública, completado por otro registrado en el mismo lugar el 8 de julio de 2020, la reclamante actuando representada por letrado, formuló reclamación de responsabilidad patrimonial frente al SERMAS.

En su reclamación, considera que medió mala praxis médica en la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Hospital Universitario Infanta Elena, en una intervención quirúrgica de histerectomía total y salpinguectomía bilateral con conservación de ovarios practicada el 16 de agosto de 2017.

Señala que, a causa de todo ello ha sufrido importantes molestias, otra intervención por laparoscopia y ha precisado rehabilitación y que, pese a todo, presenta secuelas consistentes en meralgia parestésica izquierda iatrogénica, de cuya posibilidad no había sido previamente informada.

Reclama por todo ello la cantidad de 96.437,53 euros en concepto de indemnización de daños y perjuicios.

Junto con el escrito de reclamación se aportó diversa documentación médica y el poder de representación del letrado que actúa en nombre de la reclamante.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente y los datos de la historia clínica, resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del Dictamen:

La reclamante, nacida en el año 1976, tenía antecedentes quirúrgicos de mamoplastia de aumento y según refleja su historia clínica, episodios de ansiedad reactiva, disociativo y somatomorfos, por los que se encontraba en tratamiento con Lorazepam 0-0-1, Sertralina 1-0-0 y Quetiapina 25mg 0-0-1. Además, venía sujetándose a revisiones periódicas en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Infanta Elena, de Valdemoro, al menos desde el 2015.

En revisión con ese servicio, en fecha 7 de septiembre de 2016 se registró la presencia de “útero globuloso y doloroso a la

movilización” y a la ecografía se constató un “*mioma isogénico intramural posterior de 48x32x41mm, otro de 13x10mm*”. En ese momento se decidió mantener una actitud expectante, al objeto de conocer su evolución.

Pasado un tiempo, se registró que el mioma principal de la paciente mostraba crecimiento, cierta degeneración y causaba dolor pélvico continuo, que no cedía con analgésicos y que interfería a la paciente en su vida cotidiana, además de causarle alteraciones importantes de la micción.

A la vista de todos estos datos y constando expresamente que la reclamante no deseaba gestaciones, se consideró indicada una histerectomía.

Así, en revisión del 8 de marzo de 2017, consta anotado: “*Mioma intramural en fondo de 52 x 44 x 49 mm, con zona econegetativa compatible con degeneración quística, con moderada vascularización periférica. Otro mioma intramural de pequeño tamaño.Dado el crecimiento, degeneración, vascularización y clínica de dolor, aconsejo control clínico y ecográfico en 6 meses*”.

En revisión de fecha 23 de junio de 2017, se reflejó: “*Dolor pélvico continuo que no cede con AINES y le incapacita su vida cotidiana. ... Dificultad en la micción importante*”.

Ecografía: útero en anteroversoflexión, con mioma intramural posterior de 54mm con moderada vascularización y con signos de degeneración. Ovarios normales.

Juicio Clínico: mioma muy sintomático sin mejoría, con aumento de dolor. Se aconseja miomectomía / versus histerectomía. Lo tiene

claro, no quiere hijos, desea total con salpinguectomía bilateral conservando ovarios, vía histerectomía laparoscópica/ laparotómica.

Se informa de procedimiento vía laparoscópica/ laparotómica.

Firma consentimiento informado digital y se incluye en lista de espera quirúrgica”.

Firmó el documento de consentimiento informado, en fecha 23 de junio de 2017, según consta en los folios 78 a 80 del expediente remitido a esta Comisión, que contiene entre las posibles complicaciones de la histerectomía:

“Las complicaciones específicas de la histerectomía pueden ser:

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...).*
- b. Hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión (intra y/o postoperatoria).*
- c. Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales.*
- d. Lesiones intestinales.*
- e. Fístulas vesicovaginales e intestinales.*
- f. Reintervención quirúrgica.*
- g. Lesiones vasculares y/o neurológicas”.*

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, a cargo del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Infanta Elena, de Valdemoro en fecha 30 de junio de 2017. En el informe de quirófano incluido en la historia clínica consta: “*Motivo de ingreso, cirugía: Útero miomatoso sintomático. Fecha cirugía: 30 de junio de 2017.*

Procedimiento Quirúrgico: Histerectomía total + salpinguectomía bilateral con conservación de ovarios vía laparoscópica. Abordaje laparoscópico Lateralidad: sin lateralidad. Drenaje: no. Prótesis /dispositivos: no. Implantes: no. Duración (minutos): 150. Posición: ginecológica. Vía de acceso: laparoscópica. Hallazgos: mioma subseroso de 5 cm en fondo y cara posterior. Anejos sin hallazgos".- folios 430-431-.

Pese a que la intervención quirúrgica se desarrolló sin incidencias, la evolución de la paciente resultó compleja, con la presencia de dolor resistente temprano y diversas alteraciones neurológicas. Constando reflejadas en la historia clínica múltiples asistencias médicas.

Así, a los 17 días de la intervención, la paciente acudió al Servicio de Urgencias presentando dolor abdominal, sangrado vaginal y disuria. No se halló sangrado, aunque sí dolor difuso e infección urinaria, que fue tratada.

En revisión de 16 de agosto 2017, no se objetivaron datos de complicación; al tacto vaginal se apreció cúpula vaginal cerrada, aunque dolorosa. Abdomen sin alteraciones.

En revisión de 13 de septiembre 2017, se denotaron molestias ocasionales en el hipogastrio, además de dolor al tacto vaginal en cúpula izquierda, aunque aparecía normal y sin celes.

Pasados 6 meses, en la siguiente revisión de marzo 2018, se menciona por primera vez que la paciente refería "*dolor en fosa iliaca izquierda desde la intervención*". Allí, el especialista anotó: "*Acude de nuevo. Dolor en fosa iliaca izquierda de forma constante, desde la cirugía. Dolor en fosa iliaca izquierda tipo pinchazos, calambres que se extiende a extremidades inferiores. Manchado ocasional.*

Exploración: genitales externos normales con cúpula vaginal normal. Dolor a la presión a nivel de ángulo izquierdo de cúpula. No masas pélvicas. Ecografía: ovarios normales.

Juicio Clínico: posibles adherencias a nivel de cúpula vaginal (asa adherida), no impresiona de adherencias en pared abdominal. Solicito RMN y valorar la zona de cúpula vaginal”.

La resonancia magnética fue realizada el 15 de abril 2018 y no mostró alteraciones significativas. Pese a todo, como la paciente seguía refiriendo dolor, aun tomando Tramadol, se le pautó Tapentadol, además de los tratamientos psicofarmacológicos que también tenía establecidos (Lorazepam 0-0-1; Sertralina 1-0-0; Quetiapina 25mg 0-0-1) y comenzó a ser estudiado su proceso de dolor inguinal.

En las Urgencias ese mismo día, se registró: “Mujer de 42 años, que refiere desde hace 2 días, dolor tipo ardor en región inguinal, muslo izquierdo irradiado a pie izquierdo, no traumatismo, no fiebre, no disuria, deposiciones ligeramente blandas.

Juicio diagnóstico: ‘dolor inguinal en estudio’. Tratamiento: debe continuar estudio con Ginecología como tenía programado”.

El 25 de abril, la paciente fue revisada en Ginecología. Consta la siguiente anotación de ese día: “Resonancia magnética: cambios secundarios a histerectomía con ovarios de aspecto normal. Cúpula vaginal normal sin engrosamiento de las paredes, evidenciando únicamente asa de intestino delgado adyacente al margen izquierdo de dicha cúpula con algún pequeño tracto fibroso.

Dolor en fosa iliaca izquierda que se irradia a toda la extremidad inferior izquierda, con déficit motor ocasional.

Dolor: impresión de aspecto neuropático, atrapamiento nervioso. El dolor que refiere, en principio no tiene relación con la posible adherencia de intestino delgado a cúpula vaginal.

Se comentará el caso en sesión clínica. Se remite a Neurología para valoración, posibilidad de estudio electromiograma”.

La exploración por parte del Servicio de Neurología del día 27 de abril de 2018 se registró rigurosamente normal. Se solicitaron diversas pruebas para detectar la causa de la afectación nerviosa, realizadas el día 1 de junio de 2018, sin detectar alteraciones. Así, la resonancia magnética destacó: “*El canal raquídeo presenta un calibre normal. Elementos posteriores sin alteraciones. Cono medular y raíces de la cola de caballo sin alteraciones. Estructuras retroperitoneales e intraabdominales visualizadas sin alteraciones. Conclusión: Estudio sin alteraciones significativas*” y el Electromiograma: “*Explorados ambos nervios femorales. Explorado músculo cuádricep izquierdo. ... Conclusión: El estudio neurofisiológico no muestra hallazgos patológicos en los territorios explorados, en el momento actual*”.

Ante la persistencia del cuadro de dolor, con fecha 5 de junio, el Servicio de Ginecología decide la revisión quirúrgica, con *laparoscopia diagnóstica* (y si fuera el caso, terapéutica). Se realizó esa intervención el día 22 de junio de 2018, causando alta en el mismo día. Duró 50 minutos y en el informe quirúrgico subsiguiente se describió al detalle lo realizado, señalando que si bien no se halló un compromiso intestinal, sí existían adherencias laxas izquierdas de intestino grueso a pared, que fueron liberadas: “*Hallazgos: Adherencias laxas de intestino grueso a pared pélvica izquierda, sobre músculo psoas. Liberación cautelosa de las mismas, evidenciándose nervio femorocutáneo libre. Hemostasia cuidadosa.-* folios 431-436 y su consentimiento informado para la intervención y la anestesia 437- 452-.

Liberación de ovario izquierdo, quedando pedículo vascular íntegro. Cúpula vaginal libre”.

El día 24 de junio 2018, la paciente acudió al Servicio de Urgencias hospitalario, indicando el comienzo de un cuadro neurológico, que consistía en adormecimiento de pierna izquierda y hemicara izquierda, que luego fluctuó llegando a otras zonas. Se le realizó un TAC y una RNM craneal, que resultaron normales, comenzando el estudio de un “*cuadro de hipoestesia hemicuerpo izquierdo*” con afectación ocasional en la frente, cadera y zona peribucal.

En el mes de julio de 2018 se va concentrando la hipoestesia en la zona lumbar, el muslo izquierdo y la zona inguinal y se le diagnosticó de “*probable meralgia parestésica*”. El resultado del electromiograma fue normal y se le pautó pregabalina.

En revisión de Ginecología del 19 de octubre de 2018, la exploración fue integralmente normal, sin dolor entonces en cúpula vaginal. La paciente refería, no obstante, empeoramiento de su dolor pélvico y de sus disestesias e hipoestesia. Se mantenía el juicio clínico en Neurología de probable meralgia parestésica y se añadió tratamiento con capsaicina.

En estudio de resonancia de pelvis del 12 de enero 2019, se mostraron signos de condropatía coxofemoral derecha y trocanteritis, mayor en lado derecho.

La paciente fue revisada en el Servicio de Neurología el 12 de abril de 2019. Allí se anotó: “*No mejoría con capsaicina. No mejoría con gabapentina. Tramadol Sertralina Lorazepam Quetiapina. Dolor en cadera derecha. Dolor inguinal izquierdo con irradiación a miembros inferiores. Sensación de acorachamiento. Clínica de un año de evolución. Estudios nuestros:*

- *Rm craneal normal.*
- *Rm lumbar sin alteraciones.*
- *EMG de nervios femorales y femoro cutáneo normal.*
- *Valorado por trauma hace visita no presencial indicando (Remitido por Gine): Condropatía en articulación coxofemoral derecha Hallazgos sugestivos de trocanteritis por tendinopatía insercional de los tendones glúteos menores. Mayores cambios en la región trocantérea derecha. Correlacionar con clínica. No patología quirúrgica.*

Pubalgia mecánica, recomiendo fisioterapia de área, valorar por médico remitiente derivar a Unidad de dolor/Rehabilitación”.

En revisión de Ginecología de 17 de mayo de 2019, no se hallaban datos, pero llamó la atención la presencia de dolor importante a la exploración con la sonda. Se pautó observación, quedando pendiente de valoración en Rehabilitación.

La valoración del rehabilitador, de fecha 12 de junio del 2019, destacó: “*molestias en psoas, adductor y a punta de dedo en síntesis del pubis, e hipoestesia en cara antero interna de muslo e ingle izquierdas*”. El juicio clínico fue de “*hipoestesia en miembros inferiores*”. No constando más que el déficit sensitivo y estando pendiente de más valoraciones, no se prescribió rehabilitación.

En octubre de 2019, el facultativo de Neurología actuante reseñó en el juicio clínico “*meralgia parestésica iatrogénica*” y por referir un cuadro muy intenso de dolor, ajustó medicación analgésica y derivó a la Unidad del Dolor.

La paciente, según resulta de la historia clínica remitida, no permitió posterior exploración ni tratamiento en la Unidad del Dolor, a partir de la consulta de 3 de febrero de 2020, en que se le propuso infiltración con corticoides y posterior radiofrecuencia del nervio forocutáneo izquierdo, que la paciente desestimó. Al rechazar otras soluciones terapéuticas propuestas, fue dada de alta en dicha unidad, sin tratamiento.

Las dos subsiguientes consultas de la paciente con el Servicio de Neurología se realizaron el 3 de marzo de 2020 y 16 de abril de 2020. En marzo se registró: “*Está con parches de mórfico (transtec 35 microgramos c/72 hrs). Sólo nota alivio parcial. Está tomando duloxetina 30 mg/dia. Analgesia convencional con enantyum y paracetamol. PLAN: subo duloxetina 30 mg 2-0-0*”.

El 16 de abril de 2020, ante la situación de emergencia sanitaria por COVID-19, se realizó seguimiento telefónico de la paciente en Neurología, que refirió encontrarse igual del dolor, indicando que lo único que consigue aliviarle son los parches de mórfico. Se procedió a ajustar medicación (duloxetina 30 2-1-0), previendo revisión en junio, con el diagnóstico de “*dolor inguinal posquirúrgico y posible meralgia parestesica izquierda*”.

No constan más datos en la historia clínica remitida.

TERCERO.- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud y una vez subsanada por la reclamante –aclarando la cuantía de su reclamación y aportando el apoderamiento del letrado que la representa, el día 8 de julio de 2020-; 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), comunicándolo a la reclamante a través de su letrada y a los hospitales implicados.

En virtud de lo dispuesto en la normativa de referencia, se ha notificado la existencia del procedimiento al Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, por ser un centro concertado con el SERMAS, que se ha personado en el procedimiento mediante escrito de 30 de junio de 2020, además de remitir la historia clínica de la reclamante. Además, conforme a los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se ha recabado el preceptivo informe de los servicios implicados en la asistencia cuestionada, incorporándose al expediente el informe del jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Infanta Elena, de Valdemoro, de fecha 29 de julio de 2020- folios 462 a 470-.

El indicado informe, en referencia a la asistencia cuestionada y al derecho a la información de la paciente, señala que, en la historia clínica consta expresamente que el 23 de junio de 2017, la afectada fue informada verbalmente de los procedimientos para realizar la histerectomía más la salpinguectomía bilateral mediante laparoscopia o laparotomía y que firmó el correspondiente consentimiento informado escrito, que recoge las “*lesiones vasculares y/o neurológicas*” entre las posibles complicaciones derivadas de la intervención, adjuntando nuevamente copia del referido consentimiento.

En relación con la meralgia parestésica izquierda iatrogénica por la que se reclama, indica que, “*tomado en cuenta el origen de esta dolencia, se debe tener en cuenta que la primera intervención que se realizó a la paciente fue mediante laparoscopia, por lo tanto no se justifica la lesión del nervio femorocutáneo izquierdo, pues este tipo de cirugías no utilizan retractores o separadores metálicos que puedan comprimir el nervio, ni tampoco en la segunda intervención por*

laparoscopia, además en el protocolo operatorio de la laparoscopia diagnóstica se informa que se observa el nervio femorocutáneo izquierdo íntegro”, por lo que las dolencias de la reclamante no tiene relación con los actos quirúrgicos que se le han realizado.

Además, recalca que la asistencia en todo momento ha sido muy completa y adecuada a la sintomatología que iba presentando la paciente, señalando: “*desde que presentó la sintomatología, casi inmediatamente después de la segunda cirugía, fue vista y tratada en Neurología, Traumatología y Rehabilitación, se le realizaron las pruebas radiológicas pertinentes unto a un estudio electromiográfico, siendo todos ellos normales. Se le pautó el tratamiento recomendado en estos casos y se la envió a la Unidad del Dolor, donde la paciente rechazó la infiltración del nervio femorocutáneo izquierdo, así como la radiofrecuencia*”.

También consta el informe técnico-sanitario solicitado por el Instructor y emitido por la Inspección Sanitaria, de fecha 23 de diciembre de 2020. En el mismo se insiste en la buena praxis de todas las actuaciones médicas y en que el derecho a la información del paciente se encuentra adecuadamente satisfecho.

Una vez instruido el procedimiento fue evacuado el oportuno trámite de audiencia, ex. artículo 82 LPAC, notificando el mismo a la parte reclamante y al Hospital Universitario Infanta Elena, con fechas 1 y 6 de julio de 2021.

El centro concertado ha efectuado alegaciones finales el día siguiente, remitiéndose al informe de la Inspección y considerando que toda la actuación dispensada a la reclamante se ajustó a la *lex artis ad hoc*. No constan alegaciones finales de la reclamante.

En este punto, se hace constar en el expediente que la reclamante interpuso reclamación contencioso administrativa frente

a la desestimación de su reclamación por silencio, de la que conoce el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, sala de lo Contencioso Administrado, Sección 10^a, en el Procedimiento Ordinario 439/2021.

Finalmente, el 5 de octubre de 2021 se ha redactado la oportuna propuesta de resolución, proponiendo desestimar la reclamación, por considerar el conjunto de todas las actuaciones acordes a *la lex artis ad hoc*.

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 8 de octubre de 2021, 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 10 de noviembre 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 26 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 € 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 (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, está regulada en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de una reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de la norma.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, en la forma que de inmediato se expone, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el 32 de la LRJSP, al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada y tener carácter personalísimo el daño derivado de la ausencia o defecto del consentimiento. Actúa en el procedimiento representada por letrado, debidamente apoderado.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, pues el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico de un centro perteneciente a la red pública asistencial madrileña: el Hospital Universitario Infanta Elena, de Valdemoro.

La circunstancia de que referido hospital sea un centro concertado con la Administración Sanitaria Madrileña, no obstaculiza la indicada legitimación pasiva. Como hemos dicho reiteradamente, es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimiento que directamente preste esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder.

En este sentido se manifestó el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y el más reciente 13/15, de 21 de enero) y ha sido reiterado por esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 20 de mayo, 203/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8^a) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9^a) y más recientemente en la Sentencia de 22 de mayo de 2019 del Tribunal Superior de Justicia de Canarias (recurso de apelación 69/2019) al declarar: “*Lo más decisivo es que la gestión indirecta del servicio público de salud mediante un contrato público de gestión de servicios no elimina la responsabilidad directa del titular del servicio público que sigue siendo garante y responsable del funcionamiento del servicio en relación con los daños y perjuicios causados al perjudicado y beneficiario del mismo sin perjuicio de repetir contra el centro sanitario subcontratado cuya responsabilidad solidaria puede ser declarada por la Administración en el mismo proceso administrativo de responsabilidad patrimonial (STS 20 noviembre 2018)*”.

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, *ex artículo 67 LPAC*, recogiendo así la norma un criterio objetivo, vinculado a la aparición de las secuelas y aplicando la teoría de la *actio nata*, a la que también apela con el mismo objeto la Sala Tercera del Tribunal Supremo, entre otras muchas ocasiones, en la sentencia de 22 de febrero de 2012, recurso de casación 608/2010, en que el Alto Tribunal recuerda que “*la fecha inicial para contar el plazo de prescripción del artículo 142, apartado 5, de la Ley 30/1992,*

tratándose de daños físicos o psíquicos en las personas, es la de la curación o aquella en la que se conoce el alcance de las secuelas, esto es, cuando se estabilizan los efectos lesivos y se conoce definitivamente el quebranto de la salud”.

En el presente caso, la reclamación ha sido interpuesta el día 28 de abril de 2020, en referencia a la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, a partir del día 16 de agosto de 2017, siendo ese el momento de la primera intervención, seguida de otra posterior 22 de junio de 2018, para liberar las adherencias que se habían producido, produciéndose de inmediato meralgia y paresia izquierda, de la que viene siendo tratada desde entonces.

Interesa a estos efectos precisar que, de conformidad con las circunstancias fácticas reflejadas en los antecedentes, el día 24 de junio 2018, la paciente acudió al Servicio de Urgencias hospitalario, indicando el comienzo de un cuadro neurológico, que consistía en adormecimiento de pierna izquierda y hemicara izquierda, que luego fluctuó llegando a otras zonas. En el mes de julio de 2018 se va concentrando la hipoestesia en la zona lumbar, el muslo izquierdo y la zona inguinal y se le diagnosticó “*probable meralgia parestésica*”. En las exploraciones a cargo de Ginecología y Neurología posteriores se mantenía el juicio clínico en Neurología de probable meralgia parestésica, de modo que, según consta en la revisión de Neurología del 12 de abril de 2019, se anotó: “*No mejoría con capsaicina. No mejoría con gabapentina. Tramadol Sertralina Lorazepam Quetiapina. Dolor en cadera derecha. Dolor inguinal izquierdo con irradiación a miembros inferiores. Sensación de acorachamiento. Clínica de un año de evolución...*”. La situación por tanto, se encontraba ya totalmente estabilizada, manteniéndose el diagnóstico posteriormente, en todo momento.

Así las cosas, podemos considerar que nos encontramos ante daños permanentes, de conformidad con el criterio mantenido por esta Comisión en precedentes dictámenes, como el 234/21, de 18 de mayo, siguiendo en este punto la doctrina emanada de la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de marzo de 2005, según la cual “*... a diferencia de lo que acontece con los daños permanentes, entendiendo como tales daños aquellos que se agotan en el momento en que se produce el acto generador de los mismos, permaneciendo inalterable y estable en el tiempo el resultado lesivo, en los que el plazo empieza a computarse en el momento en que se produce la actuación o el hecho dañoso, en los daños continuados, es decir aquellos en que el daño se agrava día a día de manera prolongada en el tiempo sin solución de continuidad, el plazo de prescripción de la acción de responsabilidad no empieza a computarse, hasta que se agoten los efectos lesivos*”.

Según lo expuesto, estamos ante un daño permanente, que ya constaba estabilizado el 12 de abril de 2019. No obstante, el plazo del año contado desde esa fecha, en este caso se vino a suspender por imperativo de la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (BOE de 14 de marzo de 2020), reanudándose el 1 de junio de 2020, según determinó la disposición derogatoria única, apartado segundo del Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, por el que se prorrogó el estado de alarma (BOE de 23 de mayo).

Por razón de todo lo expuesto, la reclamación formulada el 28 de abril de 2020, se encontraría dentro del plazo legalmente establecido.

En cuanto a su tramitación, 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 procedural y, así, se ha solicitado el

informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Elena, de Valdemoro, además del informe a la Inspección Sanitaria y, tras su incorporación, se dio audiencia a la reclamante de conformidad con los artículos 82 y 84 de la LRJ-PAC, sin que la misma haya presentado alegaciones. Finalmente, se dictó la propuesta de resolución.

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 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 la normativa referenciada: 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, cabalmente causado por su propia conducta.

De otra parte, 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 5^a) 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*” puesto 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.

CUARTA.- Así, para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la 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 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Es, por tanto, al reclamante a quien incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que le fue prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Pues bien, en este caso la reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la asistencia que le fue dispensada fuera contraria a la *lex artis*. Dicha falta de esfuerzo probatorio contrasta con las explicaciones vertidas en el informe emitido por el servicio que intervino en la asistencia sanitaria cuestionada, donde se argumenta profusamente que no hay ninguna evidencia de que la afectación neurológica y la meralgia por la que se reclama, se debieran a alguna deficiencia en las asistencias cuestionadas y, en cualquier caso, se encontraban recogidas entre las complicaciones posibles de la primera intervención, de las que la paciente fue adecuadamente informada de modo verbal, además de estar incluidas en el consentimiento informado que firmó el día 23 de mayo de 2017, como resulta de la simple comprobación del contenido de la historia clínica remitida- folios 78 a 80-.

Por su parte, el informe de la Inspección Sanitaria indica, en relación con la cuestión controvertida que: “*las primeras anotaciones postquirúrgicas de dolor al tacto vaginal, en fechas recientes tras la intervención, no se consideran ‘de inicio’ con más significado; este*

dolor desaparece después, para volver a reaparecer, aunque no se objetivaron complicaciones ginecológicas".

También se analiza el posterior dolor inguinal de la reclamante, así como su evolución y tratamientos, explicando que: "El dolor mostrado en ingle izquierda se registró con posterioridad, aunque se ha reseñado como posquirúrgico. Sobre él se ha detallado y aquí resumido, que se procedió a su estudio multidisciplinario, mediante las interconsultas y pruebas que se han descrito, incluida revisión quirúrgica.

Realmente, no se ha hallado causa tratable sobre ese dolor inguinal, aunque se considera que se han aplicado todos los medios.

Acerca del cuadro de 'hipoestesia en muslo', confuso de inicio, acompañado de un dolor que se ha hecho muy intenso, se deduce que efectivamente puede presentarse la denominada 'meralgia parestésica' tras intervenciones quirúrgicas de pelvis. Es un cuadro de parestesias y cierto dolor, en zona concreta del muslo. Suele ser mayoritariamente benigno, con curación espontánea y con respuesta al tratamiento conservador".

Por último, en referencia a los actos y decisiones médicas adoptadas por parte de todos los especialistas actuantes: "... igualmente se reseña que se constatan activas y múltiples actuaciones al respecto de este cuadro, mediante estudio con pruebas complementarias, consultas en diversas especialidades, derivaciones a unidades especiales etc; es decir, ante esta posible complicación se considera que se procedió a su correcto diagnóstico y tratamiento, aunque en este caso no se mostrara una evolución favorable del cuadro de dolor.

Dados los antecedentes quirúrgicos, puede considerarse, pues, que era cuadro postquirúrgico, del que en definitiva, se estima que

aunque no se objetiva daño en el nervio que se afecta en meralgia (y de hecho se describe que se evidenció nervio femorocutáneo libre en la laparoscopia), es probable que al tocarse su entorno quirúrgicamente, éste algo se afecte (en este caso en una medida no grave, sin sección en ningún grado). De ahí que se le haya consignado en un registro como iatrogénica a la meralgia parestésica. No obstante, ello no implica que conlleve la realización de actos irregulares o incorrectos”.

Por todo ello, la Inspección sanitaria establece que, en este caso: “Realmente, a juicio de esta Inspección Médica, se considera que no hay datos de práctica irregular alguna, sino de corrección, aunque se hayan presentado los cuadros posquirúrgicos descritos, los cuáles fueron adecuadamente apreciados y tratados”.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017): “...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen 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”.

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* en la asistencia dispensada en el Hospital Universitario Infanta Elena, 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 10 de noviembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 583/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid