

Dictamen nº: **158/22**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **22.03.22**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 de marzo de 2022, 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 procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ...., por la realización de una radiofrecuencia de nervios pudendos no consentida, que además, considera ha producido una lesión del nervio ciático, en el Hospital Universitario La Paz.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 26 de octubre de 2018 la persona citada en el encabezamiento, asistida de abogada, presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que relataba que desde el año 2014 presentaba dolor vaginal coital, cuadros de candidiasis y clínica de infección del tracto urinario de repetición, con mejoría a lo largo del año 2015 y empeoramiento en enero de 2016 puesto que el dolor en la vulva, en el coxis y sacro, le impedía caminar, la incapacitaba para mantenerse sentada durante un tiempo y tenía “*sensación de pinchazo en el pubis*” y fue remitida a la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz y al Servicio de Psiquiatría, que prescribieron medicación.

Refiere que el 23 de mayo de 2016 continuaba con la misma sintomatología y fue nuevamente valorada y diagnosticada de hipersensibilidad pélvica con síndrome miofascial de suelo pélvico y edema pélvico, recibió infiltraciones pubocoxigea con trigón y lidocaína, con resultado nulo, y los facultativos le “*propusieron realizar un bloqueo del ganglio impar y valorar hacer también bloqueo con radiofrecuencia de los nervios pudendos*”.

Continúa relatando que, el 30 de julio de 2016 acudió a Urgencias por fuertes dolores perineales, en la zona vulvar y en los muslos que le producían episodios de presíncope y de síncope, y previa exploración física y ecografía, se descartó patología ginecológica urgente derivándola a la Unidad del Dolor para ajuste de tratamiento “*ya que estaba programada la intervención del bloqueo del ganglio impar para el mes de septiembre*”. Volvió Urgencias el 8 de agosto y se le administró una ampolla de Tramadol intravenosa que le calmó el dolor, pero el dolor persistía y además era incapacitante, realizándose el 23 de septiembre de 2016 un TAC abdominopélvico “*para valorar el diagnóstico establecido de síndrome miofascial pélvico, pelvis congelada con edema vulvar y estreñimiento pertinaz*” en el que se evidenció una lesión quística en anejo derecho, sugestivo de teratoma maduro.

Explica que el 24 de octubre de 2016 se realizó el bloqueo del ganglio impar y además le realizaron radiofrecuencia de los nervios pudendos, con total desconocimiento de esta última intervención. Tras la intervención el cuadro se agravó porque al dolor que presentaba se unió la perdida de sensibilidad en la vagina, pie caído izquierdo e hipoestesia de extensores en el miembro inferior izquierdo y “*con esta situación*” los facultativos del Hospital Universitario La Paz programaron una cirugía para la extirpación del teratoma realizando el 13 de enero de 2017 una quistectomía derecha mediante aguja de Veress que discurrió sin complicaciones.

Expone que en las revisiones posteriores los facultativos comprobaron que presentaba parestesias en el miembro inferior izquierdo y debilidad, tenía que caminar con un bastón por inestabilidad y riesgo de caídas (según la reclamación, sufrió una, con rotura del quinto metatarsiano del pie derecho), anestesia a nivel interno y vulvodinia.

Señala que acudió a un Centro de Recuperación mientras esperaba cita de la Seguridad Social y el 6 de octubre de 2017 comenzó rehabilitación en el Hospital Infanta Leonor donde comprobaron que presentaba paresia de la extremidad inferior izquierda de origen no aclarado en varios territorios periféricos, con fractura del 5º MTT con dolor de origen ciático izquierdo y fue remitida para valoración a Neurocirugía, que decidieron realizar una electromiografía en el que se evidenció una lesión parcial crónica del nervio ciático izquierdo de grado moderado en el componente peroneal, y de grado leve en el componente tibial.

La reclamante reprocha que autorizó el bloqueo del ganglio impar pero que “*jamás autorizó*” ni se le informó de que además fueran a realizarle bloqueo de los nervios pudendos mediante radiofrecuencia, siendo los riesgos de uno y otro tratamiento absolutamente diferentes. También reprocha que a consecuencia de un tratamiento no autorizado se le ha ocasionado una lesión en el nervio ciático “*tras hematoma por radiofrecuencia*” y presenta secuelas.

Añade que se le ha reconocido un grado de discapacidad del 33% y una incapacidad permanente en el grado de total, que se encuentra en seguimiento con psicóloga privada desde el año 2016, que ha sido tratada también por Psiquiatría en el Hospital Universitario La Paz desde enero hasta abril de 2018 y a la fecha de presentación de la reclamación acude semanalmente al Servicio de Enfermería de Salud Mental del Hospital Universitario La Paz para realizar sesiones individuales de Mindfulness y es evaluada, cada seis semanas, por el Servicio de Psiquiatría.

No cuantifica el importe de la indemnización solicitada, sin perjuicio de su concreción en un momento posterior.

El escrito de reclamación se acompaña de diversa documentación médica.

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

La paciente, de 24 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de bruxismo, dolor pélvico crónico, cuadros de candidiasis e infecciones de repetición del tracto urinario desde el año 2014, acude el 11 de mayo de 2016 al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario La Paz por dolor en zona de trocánteres, pirámides y crestas iliacas, dolor punzante en pubis, presión en hipogastrio, dolor generalizado por fuera de la vulva, dolor en coxis y sacro. Refiere que no puede trabajar, puede caminar poco tiempo, el dolor es más intenso estando sentada, tumbada se encuentra mejor, no puede mantener relaciones sexuales y el dolor aumenta con la ovulación.

Se realiza exploración física y es diagnosticada de dolor pélvico crónico, síndrome miofascial del suelo pélvico y vestibulodinia. Se pauta tratamiento con fisioterapia dos veces por semana, tramadol y paracetamol y tryptizol, pomadas con lidocaína, amitriptilina y testosterona. Se solicita RMN, interconsulta a Psiquiatría y a la Unidad del Dolor.

El 23 de junio de 2016 se realiza RM con presencia de algunas alteraciones anatómicas en el territorio muscular que afecta a piriforme derecho y elevador del ano izquierdo, de significación incierta al poder tratarse de variantes normales.

El 6 de julio de 2016 en la consulta del Servicio de Ginecología tiene petequias en las piernas y se realiza infiltración coxígea con

trigono+lidocaína. Tiene pendiente de realizar la RMN y acudir a la Unidad del Dolor.

El 12 de julio de 2016 acude a la Unidad del Dolor remitida por Ginecología. La paciente refiere que inició el cuadro de dolor perineal en 2014 y desde entonces ha progresado a dolor perineal asociado a miembros inferiores. En el lado derecho, por la cara anterior de muslo y en el lado izquierdo, en todo el miembro inferior, por delante y por detrás, el dolor aumenta a lo largo del día, el dolor perineal se presenta a modo de escozor y el dolor en miembros inferiores se presenta a modo de presión. El resultado de la infiltración ha sido nulo en cuanto al dolor, pero con sensación de mejoría según los fisioterapeutas que tratan el suelo pélvico. Con la medicación ha mejorado el dolor, pero aparecen efectos secundarios y requiere tratamiento psicológico.

El juicio clínico es de dolor crónico pélvico y se propone bloqueo ganglio impar y valorar bloqueo/radiofrecuencia de nervios pudendos. Se ajusta tratamiento.

El 14 de julio de 2016 acude a consulta de Ginecología. En la exploración presenta menos dolor.

El 30 de julio de 2016 acude a Urgencias por cuadro de dolor perineal, vulvar y en muslos y es diagnosticada de dolor pélvico crónico en seguimiento.

El 8 de agosto de 2016 acude nuevamente a Urgencias y se descarta patología ginecológica urgente.

El 20 de septiembre de 2016 acude a consulta de Ginecología. Tiene menos dolor en las piernas, ya no necesita bastón, hace yoga y estiramientos, pero sigue con dolor neuropático en vestíbulo.

El 23 de septiembre de 2016 se realiza TAC abdominopélvico en el que se observa lesión quística en el teórico lugar del anexo derecho sugerente de teratoma maduro.

El 29 de septiembre de 2016 en la consulta de la Unidad del Dolor la paciente ha mejorado mucho del dolor en las piernas, pero no del vestuario. En el informe de la consulta se anota: “*Preoperatorio. Programada para bloqueo del ganglio impar y RF pudendos. No toma antiagregantes ni anticoagulantes. Analítica normal. Firma CIs. Explico técnica y riesgos*”.

El consentimiento informado para bloqueo del ganglio impar, con anotación manual “*y pudendo*”, se encuentra firmado por la paciente y el medico que la solicita, el 29 de septiembre de 2016. Además, figura la firma del médico que realiza la técnica, fechada el 24 de octubre de 2016 con la siguiente anotación manual “*añado RF pudendo que explico técnica y riesgos*”.

El 24 de octubre de 2016 en la consulta de la Unidad de Dolor la paciente refiere dolor en vulva y vestíbulo. Se anota “*explico técnica y añado RF pudendo dado estar en lista de espera para ello. Plan: realizar pudendo bilateral+walther*”.

De forma programada el mismo día 24 de octubre se realiza en quirófano bloqueo ganglio walther y radiofrecuencia pulsada de ambos nervios pudendos, sin complicaciones.

El 15 de noviembre de 2016 acude a consulta de Ginecología manifestando un aumento progresivo del dolor en ambos miembros inferiores desde la realización del bloqueo, con sensación de adormecimiento. Se reenvía ese mismo día a la Unidad de Dolor que aprecia una mejora del dolor perineal. Cierta hipoestesia de extensores en miembro inferior izquierdo. Resto de la exploración sensitiva, motora y

reflejos, normales. Se recomienda rehabilitación activa de miembros inferiores.

El 13 de enero de 2017 es intervenida por laparoscopia para extirpar el teratoma diagnosticado en septiembre del año anterior. Se realiza quistectomía de ovario derecho, con aguja de Veress, con introducción de trocar umbilical de 10 mm, y tres accesorios de 5 mm en ambas fosas iliacas y suprapúbico. Se extrae quiste de pequeño tamaño de aspecto graso sugestivo de teratoma. No se identifican quistes en ovario izquierdo. Liberación de adherencias de colon izquierdo a pared pélvica y de aquéllas situadas a nivel de uterosacro. Se toma biopsia de ligamento uterosacro y ovario izquierdo.

El 7 de marzo de 2017 en la consulta de Ginecología la paciente se encuentra bien, ha disminuido el tratamiento y presenta alguna molestia en la pierna izquierda.

El 11 de julio de 2017 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por fractura de 5º metatarsiano del pie derecho tras torsión accidental el día anterior. Se pauta vendaje compresivo, ejercicios de movilidad en descarga, no apoyar en 2 o 3 semanas, apoyo progresivo después con Walker corto y revisión con radiografía de control en unas cuatro semanas.

El 2 de octubre de 2017 acude a consulta de Ginecología. No tiene dolor y la exploración y ecografía normal.

El 6 de octubre de 2017 acudió a Rehabilitación del Hospital Universitario Infanta Leonor tras caída accidental con fractura del 5º metatarsiano derecho. No nota hipoestesia, en ningún momento, ni dolor neuropático y está pendiente de valoración por Neurología del Hospital Universitario La Paz.

El 7 de noviembre de 2017 acude nuevamente a Rehabilitación. Ha iniciado tratamiento rehabilitador y ha empezado con dolor ciático izquierdo. Recibe alta el 7 de febrero de 2018 por continuar control en el Hospital Universitario La Paz.

El 15 de noviembre de 2017 se realiza electromiografía con la siguiente conclusión: “*se observan datos de lesión parcial crónica del nervio ciático izquierdo, que se encuentra en fase de reinervación. La reinervación es moderadamente abundante en niveles más proximales y algo más escasa en niveles distales. En el componente peroneal del nervio ciático se trata de una lesión de grado moderado y es de grado leve en el componente distal*”.

El 11 de mayo de 2018 en la consulta de la Unidad de Dolor ha aumentado el dolor en miembro inferior izquierdo de características neuropáticas. En rehabilitación se ha aumentado la dosis de gabapentina y se pauta parches de versatis.

El 28 de junio de 2018 se realiza electromiograma. Las conclusiones del informe del Servicio de Neurofisiología señalan que no muestra evidencia de afectación neuromuscular significativa bien definida en los territorios explorados de extremidades inferiores.

En septiembre de 2018 en la Unidad de Dolor la paciente presenta dolor neuropático en el territorio de L5. Ha recuperado la sensibilidad en miembros inferiores y se mantiene con tratamiento de gabapentina.

En el informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario La Paz de 13 de marzo de 2019 se mantiene estable el dolor neuropático con la gabapentina, se observan disestesias en el dorso del pie, puede caminar de puntillas y la marcha es estable sin Boxia.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015,

de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Consta en el expediente examinado, la historia clínica de la paciente del Hospital Universitario Infanta Leonor y del Hospital Universitario La Paz.

Figura en el procedimiento el informe de 28 de noviembre de 2018 del jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz en el que se indica que la participación de dicho servicio se circscribe a la realización de un estudio electromiográfico realizado el 15 de noviembre de 2017 donde se observaron datos de lesión parcial crónica del nervio ciático izquierdo que se encontraba en fase de reinervación.

Con idéntica fecha emite informe el jefe de Sección de la Unidad de Suelo Pélvico en el que da cuenta de los antecedentes personales y de la asistencia dispensada a la interesada desde el 11 de mayo de 2016 que acudió por primera vez a la unidad, por dolor pélvico crónico.

Figura también en el expediente el informe del coordinador de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz que respecto a los reproches que formula la reclamante en el escrito de reclamación señala que el 24 de septiembre de 2016 se realizó “*bloqueo del ganglio impar tal y como estaba programado hablando con la paciente y no encontrando consentimiento informado de la RF de Pudendos pero si de Ganglio Walther, se le ofrece verbalmente la posibilidad de realizar radiofrecuencia pulsada de ambos nervios pudendos a la vez, como actualmente hacemos (evita esperar unos meses). La paciente es fisioterapeuta y comprendió y asintió a realizar las dos técnicas a la vez verbalmente como aparece reflejado en el consentimiento de ganglio impar. Ambas técnicas se realizan sin anestesia general y la paciente está en todo momento consciente colaborando con el médico. Más aún, en la realización de la radiofrecuencia de los nervios pudendos la paciente ha de indicar cuando siente un "hormigueo" en el*

*territorio del nervio pudendo, hecho que corrobora la adecuada situación de la aguja, junto con el empleo de la fluoroscopia.*

*La técnica se realizó sin complicaciones, no hubo ni mayor dolor, ni infección, ni bloqueo nervioso de las extremidades”.*

A continuación, recalca que la paciente es fisioterapeuta y comprende la técnica que se le realizó. Admite que no hay consentimiento escrito para la radiofrecuencia de pudendos pero que la paciente asintió la técnica realizada y se le explicó con detalle antes de su realización tal y como consta en la historia clínica y en el consentimiento informado del ganglio impar en el que autoriza la realización de la técnica.

Explica que la paciente acudió a los 20 días de realizar la técnica, fue explorada y se comprobó solamente cierta hipoestesia en extensores del miembro inferior izquierdo estando los reflejos rotulianos y aquileos normales y la fuerza conservada, pero que en ningún momento presentó pérdida de fuerza.

Señala que no se ha demostrado que se haya producido una lesión del nervio ciático por la radiofrecuencia pulsada de los nervios pudendos, que no está descrito en la literatura médica. Además, según el informe, la unidad ha realizado más de 300 técnicas sin haber tenido esta complicación y la lesión nerviosa que se describe en el consentimiento de la técnica se refiere a lesión nerviosa de los nervios pudendos.

Expresa que “*no se ha llegado a demostrar nunca*” que un hematoma producido por la técnica sea la posible causa de la lesión del nervio ciático y finaliza señalando que la paciente el primer día de consulta en la Unidad de Dolor el 12 de julio de 2016 ya presentaba dolor neuropático en miembros inferiores, tenía tratamiento psicológico y tratamiento con antidepresivos tricíclicos y finaliza el informe reiterando que la paciente dio su consentimiento verbal y participó activamente en la realización de la técnica.

El 13 de diciembre de 2018 la reclamante incorpora al expediente una resolución de 27 de noviembre de 2018 del Instituto Nacional de Seguridad Social que mantiene la calificación de incapacidad permanente total para su profesión habitual por el cuadro clínico residual de “*lesión en nervio ciático izquierdo secundario a intervención con radiofrecuencia infiltración*”.

Consta también en el expediente el informe de 25 de julio de 2019 de la Inspección Sanitaria que analiza los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento, realiza las correspondientes consideraciones médicas y formula las siguientes conclusiones:

*“La radiofrecuencia pulsada de nervios pudendos está indicado como tratamiento del dolor crónico pélvico, que presentaba la paciente, lo que la limitaba de manera muy importante, quedando informada de la posible necesidad del tratamiento en la primera consulta. No existe consentimiento informado escrito y aunque la paciente debe de colaborar en la realización de la prueba, esto no es indicativo de conocer y aceptar su realización.”*

*Aunque es una técnica segura como complicación puede producir una lesión nerviosa. No se ha demostrado que haya existido un hematoma, se habla de esta posibilidad en un informe que no se ha aportado, dado que la sangre al ser un líquido tiende a desplazarse a las zonas declives, entre los planos musculares. Para comprimir un nervio se trataría de una cantidad importante de sangre y encontrarse en zonas sin posibilidad de distenderse.”*

*La asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario La Paz no fue la adecuada, aunque se le realizó un tratamiento adecuado a su patología, falta el consentimiento informado por escrito que acredite que la paciente fue informada y aceptaba su realización”.*

El 14 de octubre de 2019 la reclamante presenta un escrito acompañado de un informe electromiográfico realizado en un hospital privado el 21 de agosto de 2019 “*que muestra signos denervación crónica en el territorio radicular L5 izquierdo de intensidad leve, sin signos agudos que indiquen lesión axonal. Raíz L4 y S1 dentro de la normalidad. No se objetiva signos de neuropatía de los nervios explorados en el momento actual. Sin cambios significativos respecto a estudio anterior en junio 18*” y en base al mismo, amplía la reclamación inicialmente presentada al considerar que en el Hospital Universitario La Paz hubo error de diagnóstico al no interpretarse de forma correcta los resultados de las pruebas realizadas.

Con idéntica fecha solicita por escrito copia del informe del médico inspector que fue cumplimentado.

Obra en los folios 297 a 311 un informe médico pericial firmado el 13 de febrero de 2020 por un médico especialista en Anestesiología y Reanimación, a solicitud del SERMAS, que tras analizar los hechos acaecidos y plasmar diversas consideraciones médicas concluye que el tratamiento realizado a la paciente fue adecuado en relación con la patología que presentaba.

El 25 de febrero de 2020 la reclamante solicita información sobre el estado de tramitación del procedimiento.

Por oficio de 8 de junio de 2020 el SERMAS solicita a la reclamante que aporte la solicitud de incapacidad formulada ante el INSS y la primera resolución de incapacidad dictada por el INSS, lo que fue cumplimentado el 10 de junio de 2020.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a la interesada que formuló alegaciones en escrito presentado el 22 de marzo de 2021 para manifestar su conformidad con el informe de la Inspección Sanitaria, alegar que al ser fisioterapeuta conocía los riesgos

de la técnica y por eso precisamente no firmo el consentimiento para ello y reiterar que no firmó el consentimiento para la radiofrecuencia de pudendos. Niega también que asintiera verbalmente, reitera el error de diagnóstico de lesión del nervio ciático.

El 22 de julio de 2021 solicita información sobre la tramitación del procedimiento. En contestación a dicha solicitud la jefa de Servicio de Responsabilidad Patrimonial informa que a la vista de las alegaciones presentadas y en concreto, respecto al error de diagnóstico, se ha solicitado ampliación de informe a la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz.

El 2 de septiembre de 2021 el coordinador de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz en el que reitera que la paciente aceptó verbalmente la técnica de radiofrecuencia de pudendos y colaboró con la misma y se remite al informe anterior. Respecto al diagnóstico del electromiograma realizado el 15 de noviembre de 2017, únicamente indica que no es contradictorio con el aportado por la reclamante del que destaca que hay “*denervación L5 leve y raíces L4 y S1 normales*”.

Se otorga nuevamente audiencia a la interesada y el 28 de enero de 2022 presenta alegaciones. Considera, a la vista del expediente, que hay relación de causalidad entre la asistencia recibida y las secuelas que presenta y solicita, basándose en el informe de la Inspección Sanitaria, se dicte una resolución estimatoria de la reclamación.

Finalmente, el 8 de febrero de 2022 se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que la asistencia sanitaria fue adecuada y se dispensó la necesaria información adaptada a la paciente sobre la prueba, consintiendo su realización, por lo que sin perjuicio de que no existiera un formulario específico para la técnica, ha de entenderse acreditado el cumplimiento del deber de información y consentimiento.

**CUARTO.-** El 9 de febrero de 2022 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 72/22, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 22 de marzo de 2022.

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 indeterminada, y a 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 Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 23.1 del ROFCJA.

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título

preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante, ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid toda vez que la asistencia sanitaria objeto de reproche ha sido dispensada en un centro hospitalario de la red sanitaria pública madrileña.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, se reclama por la ausencia de consentimiento para el bloqueo de nervios pudendos llevado a cabo el 24 de octubre de 2016, que según la interesada, le produjo una lesión del nervio ciático diagnosticada en el electromiograma realizado el 15 de noviembre de 2017, por lo que la reclamación presentada el 26 de octubre de 2018 se ha formulado dentro del plazo legal, con independencia de la fecha de curación y de estabilización de las secuelas.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación; se ha recabado el informe del servicio al que se imputa la producción del daño en virtud de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, el instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria, se ha incorporado la historia clínica de la paciente y un informe pericial a instancia del SERMAS. Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado audiencia a la interesada que ha formulado alegaciones, se

amplió el informe del servicio causante del daño y tras las alegaciones presentadas, finalmente, en los términos previstos en el artículo 91 de la LPAC, se ha dictado propuesta de resolución remitida, junto con el resto del expediente, a esta Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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

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

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

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

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

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño 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 14/20 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 5<sup>a</sup>) 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.-** La reclamante considera que la actuación sanitaria en el Hospital Universitario La Paz fue incorrecta porque, de un lado, no consintió ni fue informada de la radiofrecuencia de nervios pudendos que le fue realizada y, de otro, considera que se le causó una lesión del nervio ciático.

Respecto al primero de los reproches deviene necesario señalar, en primer lugar, que a la vista de los informes obrantes en el expediente, la radiofrecuencia pulsada de nervios pudendos estaba indicada como tratamiento del dolor crónico pélvico que presentaba la paciente, ahora bien, en la historia clínica el único documento de consentimiento informado, firmado por la interesada el 29 de septiembre de 2016 (folio 141) es para el bloqueo del ganglio impar, siendo la anotación manual del médico, para añadir radiofrecuencia de pudendo, de fecha 24 de octubre de 2016.

Esta Comisión Jurídica Asesora ha venido destacando, tal y como se regula en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que la finalidad de la información es permitir al paciente tomar la decisión de someterse a la técnica médica de que se trate con conocimiento de los riesgos que puedan derivarse de la misma y la falta de información equivale a una limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la Constitución Española según tiene declarado el Tribunal Constitucional en la STC 37/2011, de 28 de marzo.

En consecuencia, la ausencia de constancia documental en el expediente examinado del consentimiento informado para la

radiofrecuencia pulsada de los nervios pudendos debidamente suscrito por la reclamante, a pesar de lo afirmado por el coordinador de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz cuando manifiesta que a la paciente se le informó y asintió verbalmente, y con independencia de su profesión de fisioterapeuta, se privó a la paciente de la posibilidad de conocer y valorar los riesgos y las posibles circunstancias adversas que dificultaban la obtención del resultado perseguido, antes de su realización, máxime teniendo en cuenta que según la Inspección Sanitaria, aunque se trate de una técnica segura como complicación puede producir una lesión nerviosa, por lo que ha de entenderse que se ha vulnerado el derecho a la información de la reclamante y se le ha ocasionado un daño moral.

Respecto al reproche de que la radiofrecuencia de nervios pudendos produjo una lesión del nervio ciático que fue diagnosticada tarde, señalar que, en todo caso, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Tal y como ha hemos apuntado, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y de las técnicas disponibles.

Así pues, el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye como el parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada

en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, recurso 4397/2010) ha señalado 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”.

Y 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 la formula, sin que en este caso la interesada haya aportado prueba alguna que demuestre que hubo mala praxis en la realización de la radiofrecuencia de nervios pudendos, ni que esta le haya producido una lesión del nervio ciático.

El expediente acredita que la radiofrecuencia es un procedimiento analgésico que tiene como objetivo producir calor en el tejido afectado para disminuir o eliminar el dolor, procedimiento que ha cobrado un papel importante en el manejo y tratamiento del dolor pélvico crónico, que no responde al tratamiento convencional y que se trata de un método rápido, seguro y accesible, que puede ofrecer un alivio significativo de los síntomas del dolor pélvico crónico y consiste en el paso de una corriente de alta frecuencia a través de una cánula en la que solo aumenta la temperatura en la parte de la punta y así el calor que transmite la cánula

se aplica al punto a tratar, normalmente un nervio sensitivo causante del cuadro de dolor, se lleva a cabo bajo anestesia local y sedación y para reducir la probabilidad de complicaciones, según la Inspección Sanitaria “*una técnica de seguridad es comprobar la estimulación motora y sensitiva una vez se tiene la cánula en la ubicación adecuada y controlada radiológicamente con unas preguntas al paciente y antes de proceder a realizar la radiofrecuencia, se practica una estimulación en la que el paciente nota parestesias en la zona donde habitualmente siente el dolor, lo que significa que la cánula esta en posición adecuada*”, y añade que la incidencia de complicaciones es muy baja y los riesgos potenciales del bloqueo pudendo son hematoma, infección, lesión nerviosa, así como toxicidad neurológica y extensión del bloqueo nervioso.

En nuestro caso, se constata en la historia clínica que el bloqueo del ganglio impar y la radiofrecuencia de nervios pudendos se realizó el 24 de octubre de 2016, sin complicaciones. Con posterioridad, la paciente acudió a Ginecología por aumento de dolor, sensación de adormecimiento e hipoestesia de extensores de miembro inferior izquierdo, se solicita TAC compatible con teratoma que es intervenido en enero de 2017 y en la consulta posterior de Ginecología (7 de marzo de 2017) se encuentra bien con alguna molestia en la pierna izquierda, sin dolor en músculos del suelo pélvico, excepto coxígeo izquierdo pero refiere dificultad en miembro inferior izquierdo al caminar más deprisa. En julio de 2017 sufre fractura de 5º metatarsiano del pie derecho tras torsión accidental, inicia rehabilitación, el 7 de noviembre de 2017 empieza con dolor ciático izquierdo y en el EMG realizado el 15 de noviembre de 2017 se observan datos de lesión parcial crónica a del nervio ciático izquierdo, que se encuentra en fase de reinervación.

Respecto a la cuestión que nos ocupa, los informes obrantes en el expediente ponen de manifiesto que la lesión del nervio ciático por la radiofrecuencia pulsada de los nervios pudendos, no se encuentra descrita

en la literatura, sin que según el informe del coordinador de la Unidad del Dolor en las más de 300 técnicas realizadas se haya producido dicha lesión, y aunque tras todo lo actuado hay una cierta incertidumbre acerca de la concreta causa que produce el daño y, en consecuencia, un dilema acerca de la concurrencia o no de una infracción de la *lex artis*, la interesada no aporta prueba alguna de sus afirmaciones pero si invoca como causa de la posible lesión del nervio ciático un hematoma producido por la técnica y al respecto, si bien el informe pericial incorporado a instancia del SERMAS no aporta ninguna información relevante ya que se limita a relatar el proceso asistencial seguido y la adecuación del tratamiento realizado, el informe que emite la Inspectoría actuante y el del coordinador de la Unidad del Dolor resultan concluyentes al respecto, la reclamante no ha demostrado la existencia de un hematoma, la sangre al ser un líquido tiende a desplazarse a las zonas declives entre los planos musculares y según el informe de la Unidad del Dolor “*no se ha llegado a demostrar nunca*” como causa de la posible lesión del nervio ciático un hematoma producido por la técnica, porque los hematomas que provocan daño nervioso se producen en zonas no distensibles como pueden ser, el canal medular o la cavidad craneal.

Finalmente, respecto al invocado error en el diagnóstico inicial, el informe del coordinador de la Unidad del Dolor pone de manifiesto que en el diagnóstico inicial se mencionó la existencia de una denervación crónica en territorio radicular de L5 izquierdo de intensidad leve, y posteriormente, tras la realización de la electromiografía el 15 de diciembre de 2017 “*lesión parcial crónica del nervio ciático izquierdo que se encuentra en fase de reinervación*”, diagnóstico que según dicho informe, no contradice el inicial, sino que lo confirma, lo que impide apreciar error de diagnóstico.

**QUINTA.-** En el presente caso, podemos concluir que aunque la reclamante no ha probado el resultado dañoso, sí se lesionó su derecho a la información, especialmente porque los riesgos y efectos del

procedimiento realizado no se le comunicaron con anterioridad, dada la ausencia de consentimiento informado.

En cuanto a su concreta indemnización, la Sentencia de 11 de mayo de 2016 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 1018/2013) resalta la dificultad de cuantificar ese daño moral, para lo cual deberán ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso a la hora de determinar la cuantía “*de un modo estimativo atendiendo a las circunstancias concurrentes, sin que, ni siguiera con carácter orientativo, proceda fijar la cuantía de la indemnización con base en módulos objetivos o tablas indemnizatorias como las contempladas en las resoluciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones*”.

Al respecto, esta Comisión en diversos dictámenes (Dictamen 393/21, de 31 de agosto, 371/21, de 27 de julio o Dictamen 25/20, de 23 de enero, viene otorgando una indemnización de 6.000 euros por la ausencia de consentimiento informado.

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

## CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada por mala praxis al no haberse acreditado la información facilitada a la reclamante en la radiofrecuencia pulsada de nervios pudendos llevada a cabo el 24 de octubre de 2016, lo que le ha causado un daño moral que debe indemnizarse con un importe de 6.000 euros.

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 22 de marzo de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 158/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid