

Dictamen nº: **239/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **26.04.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 26 de abril de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., por los daños y perjuicios sufridos, al considerar la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Leonor, a raíz de una intervención de hernia inguinal derecha.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 12 de noviembre de 2020 en el registro del Servicio Madrileño de Salud.

La reclamación detalla que en marzo de 2018, y como consecuencia de una dolencia específica, que supuso una baja médica desde el 9 de enero del mismo año, el reclamante fue sometido a una intervención quirúrgica de hernia inguinal derecha, comenzando a sufrir un mes después calambres en la ingle y dolor en la cara interna del muslo derecho, en concreto en la zona del nervio ilioinguinal derecho “*más tres*

nervios”. El reclamante refiere que, como puede comprobarse en la historia clínica, no existe proceso previo similar, y consta en aquella *“agravación general desde la operación del mismo”*.

Según afirma, en noviembre de 2018 se diagnostica finalmente que la intervención quirúrgica había causado el dolor neuropático referido y calificado como de carácter invalidante, al comprimir los nervios adyacentes a la zona intervenida (y, en concreto, el nervio ilioinguinal derecho, nervio obturador), provocando que el paciente debiera ser tratado mediante medicamentos al uso (Lyrica 75 mg).

La reclamación expone que han ido evolucionando y empeorando la enfermedad y los dolores y, como consecuencia, el reclamante se encuentra actualmente tomando según prescripción médica diversa medicación que detalla, que se complementa, en función del dolor y estabilidad de la lesión, con infiltraciones frecuentes, conforme acredita con la documentación médica que adjunta.

El reclamante manifiesta que inició un tratamiento médico para las lesiones referidas, que ha perdurado hasta mayo de 2020, fecha en que se le da el alta médica para reincorporarse de manera definitiva a su trabajo y concluye su situación de incapacidad temporal, resolución que se encuentra recurrida a fecha de interposición de la reclamación.

Además, según afirma, en el contexto del tratamiento, como consta en el informe médico que dice acompañar, sufrió un proceso ansioso depresivo, sin causa orgánica específica, que culmina en un tratamiento médico, junto al principal, consistente en la administración de ansiolíticos y antidepresivos.

El escrito señala que, a raíz de su trastorno principal, el reclamante empezó a tener mucha ansiedad, *“que se agrava con el problema de la sanación de tal lesión”*, con taquicardia, depresión y ansiedad extrema, de modo que se han venido efectuando inicialmente consultas trimestrales,

pero dado el empeoramiento en cuanto a su situación personal y laboral, dichas consultas se realizan mensualmente y el proceso ansioso depresivo no es concomitante y aislado del primero, sino consecuencia del mismo.

El reclamante afirma que la mala praxis ejercida ha generado una serie de secuelas físicas y psíquicas, como una reducción moderada grave en cuanto a su movilidad, pues su actividad física diaria se ha visto totalmente reducida, practicando anteriormente fútbol, patinaje y senderismo, todas ellas imposibles de realizar por el dolor y el cansancio producido por la medicación.

En cuanto a las secuelas psíquicas, el escrito alude al trastorno adaptativo, que deriva en mal humor, insomnio, negatividad, impotencia, incertidumbre e imposibilidad de conciliar su vida familiar.

Señala que dicha lesión le ha conllevado hasta problemas en sus relaciones sexuales, ya que, como consta acreditado en el informe médico, como consecuencia de la operación y derivado de la misma, *“se irradia dolor a escroto, pendiente de valoración”*.

La reclamación transcribe el contenido del informe emitido por el Centro de Salud Mental Puente de Vallecas del Hospital Universitario Infanta Leonor de 9 de julio de 2020 y relata el cuadro clínico que presenta el paciente como consecuencia de la mala praxis:

1. Hernioplastia inguinal derecha complicada con atrapamiento nervioso.
2. Dolor neuropático crónico secundario en seguimiento por la Unidad del Dolor, con parestesias en el muslo derecho.
3. Trastorno adaptativo mixto reactivo a dolor neuropático.

4. Reconocido como “no apto” para su puesto de trabajo por el Servicio de Prevención de la empresa.

Según recoge el escrito de reclamación, dicha situación le ha generado, una vez efectuada el alta médica, el despido de su puesto de trabajo “*por ineptitud sobrevenida*” ya que, dado su actual estado de salud, difícilmente puede desarrollar su trabajo con el mínimo de rendimiento y asiduidad exigido, siendo su categoría profesional la de mozo de almacén, y sus funciones el cierre de producción, conducción de carretilla, preparación de embalajes, tareas que le hacen estar varias horas de pie, con esfuerzos moderados, y que ahora no puede realizar, por lo que ha sido despedido. Así, tal y como afirma, “*el informe de síntesis elaborado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social de fecha 11 de abril de 2020, claramente reconoce que: debe evitar las cargas de peso incluso aunque haya una mejoría significativa del dolor tras los tratamientos recibidos, ya que dicha actividad precipita el empeoramiento del dolor*”.

Por último, el reclamante manifiesta que esta situación le ha generado un grave perjuicio económico, además de la imposibilidad de desarrollar trabajo alguno, en atención a su formación, encontrándose como demandante de empleo y a la espera de su incapacidad definitiva. Señala que ha pasado de percibir unos ingresos anuales de 28.000 euros, a 12.000 euros que va a percibir como prestación por desempleo, por lo que hay un perjuicio económico valorable de 16.000 euros anuales. Adjunta con su escrito de reclamación diversa documentación médica.

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

Se trata de un paciente, nacido en 1981, que acude a consultas externas de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Infanta Leonor el 25 de enero de 2018, remitido por su médico de Atención Primaria, por sospecha de hernia inguinal derecha acompañada de dolor y tumoración, estando el paciente de baja por las molestias.

En la exploración física, se objetiva hernia inguinal derecha que prolapsa con Valsalva. Se incluye al paciente en lista de espera y se entrega el consentimiento informado, que el paciente firma.

El 22 de marzo de 2018, tras la realización del correspondiente preoperatorio y consulta de anestesia, donde no se contraindica la intervención, el paciente es intervenido, practicándose una hernioplastia inguinal derecha con malla de polipropileno, suturada con monosyn de 2/0, según técnica de Linhenstein. El mismo día es dado de alta, pautándose retirada del apósito compresivo en 48 horas, reposo relativo, evitar esfuerzos físicos y cargas de peso importantes en 4-6 semanas, retirada de grapas en consulta de Enfermería de Cirugía General y control por su médico de familia.

Con fecha 8 de mayo de 2018, el paciente es atendido nuevamente en las consultas de Cirugía General y Aparato Digestivo, remitido por su médico de Atención Primaria, por dolor inguinal derecho que se irradia a testículo, y que no cede con el tratamiento analgésico habitual (metamizol). En la exploración física, no se detecta ninguna anomalía, se solicita como exploración complementaria una ecografía, y se pauta tratamiento con pregabalina (Lyrica).

El 3 de julio de 2018 el paciente ingresa en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Infanta Leonor, remitido desde Urgencias, por presentar dolor inguinoescrotal de 3 meses de evolución, que el paciente refiere a raíz de intervención de herniorrafia. Valorado por Cirugía pendiente de ecografía abdominal. En tratamiento con Lyrica y Nolotil.

En la exploración física, se aprecian ambos testes de características normales, cicatriz de herniorrafia derecha consolidada de buen aspecto. Se cita al paciente después de ecografía abdominal por cristaluria. Se solicita ecografía testicular y, si es normal, se dará el alta urológica.

El 26 de julio de 2018 vuelve a ser atendido en la consulta de Cirugía con los resultados de la ecografía realizada el 19 de julio. Hígado de tamaño y morfología normal, de bordes lisos, sin objetivar lesiones focales parenquimatosas. Porta permeable, de calibre normal, con flujo hepatópeto. Vesícula biliar distendida, de paredes lisas, observando mínimo contenido ecogénico en su porción más declive en relación con barro biliar. Murphy ecográfico negativo. Vía biliar intra y extrahepática. Ambos riñones de tamaño y morfología normal, con grosor cortical conservado, sin observar imágenes sugerentes de litiasis ni dilatación de sistemas excretores.

Páncreas (porción visualizada cuerpo y parte de cabeza) y bazo de características ecográficas dentro de la normalidad. Vejiga poco replecionada, poco valorable. Se explora región inguinal derecha, observando material de herniorrafia con sombra acústica, sin observar tanto en reposo como tras las maniobras de Valsalva signos de recidiva.

No se objetiva líquido libre intraabdominal.

Ecografía testicular: Ambos testes de tamaño y morfología normal y ecoestructura normal y homogénea, sin visualizar lesiones focales. Vascularización conservada y simétrica. Ambos epidídimos de características ecográficas dentro de la normalidad. No se observa hidrocele ni varicocele. No se observa engrosamiento de cubiertas escrotales. El tratamiento con Lyrica ha mejorado la sintomatología dolorosa, pero no ha desaparecido el dolor. Se diagnostica de dolor crónico *“posthernioplastia”*, y se propone infiltración con anestesia local en la zona, para disminuir la sintomatología dolorosa, pero el paciente lo rechaza.

El 5 de octubre de 2018 es reevaluado en la consulta de Cirugía General y Aparato Digestivo, donde se hace constar que está estable con la dosis actual de pregabalina, sin dolor en situaciones de mínima actividad. Se diagnostica de dolor neuropático en el territorio del nervio ilioinguinal derecho, en probable relación con el antecedente quirúrgico de herniorrafia

inguinal, y se ajusta el tratamiento analgésico, proponiendo nueva revisión para ver la respuesta al mismo y la valoración que realice el especialista de la Unidad del Dolor, a la que remiten al paciente.

Con fecha 6 de noviembre de 2018 acude a consultas externas del Centro de Salud Mental Puente de Vallecas, derivado por su médico de Atención Primaria, por presentar depresión reactiva tras intervención de hernia. El juicio clínico es de trastorno adaptativo mixto reactivo a dolor neuropático.

El 16 de enero de 2019 acude a consulta de Cirugía General de manera imprevista, sin cita, solicitando reintervención. Consta en la historia que se le indica al paciente que no se puede garantizar al 100% la resolución del problema con una reintervención, pero que no hay otra alternativa quirúrgica.

Con fecha 8 de febrero de 2019 es nuevamente valorado en la consulta de Cirugía General, donde consta que se ha aumentado la pauta analgésica, a pesar de lo cual no remite la sintomatología dolorosa. Pendiente de cita en la Unidad del Dolor.

El 15 de febrero de 2019 es atendido en la consulta de la Unidad de Dolor del Hospital Universitario Infanta Leonor. El paciente refiere dolor en la región abdominoinguinal, en relación con cirugía previa inguinal. Dolor predominante en región inguinal derecha, irradiado al escroto. Ocasionalmente, dolor en región de aductores e irradiado a la cara interna del muslo, hasta casi la rodilla (territorio del nervio obturador). Cuenta el dolor en forma de pinchazos, con dolor residual. El peor dolor es a la extensión del tronco. Adecuado descanso nocturno.

Refiere mucha somnolencia con la medicación, aunque mejoría del dolor (atontamiento con el xeristar y mucho sueño con la mirtazapina). En

seguimiento por Psiquiatría por trastorno adaptativo mixto reactivo a dolor neuropático.

En la exploración física, no hay datos de inflamación aguda. Dolor a la palpación de zona inguinal en zona de la cirugía e inguinal interna. Ecografía abdominal sin hallazgos relevantes.

El juicio clínico es de dolor neuropático posthernioplastia inguinal derecha. Se explican opciones terapéuticas: infiltración y radiofrecuencia de nervio ilioinguinal derecha y, según respuesta, se valorará infiltración de nervio obturador. Se explican resultados posibles (mejoría parcial, total o nula, pudiendo persistir necesidad de tratamiento médico). Por el momento, el paciente prefiere no infiltrarse por miedo a las agujas.

Se ajusta tratamiento: se ruega a Psiquiatría valorar suspender mirtazapina y disminuir xeristar a 30 mg. Cambiar lyrica por gabapentina. En caso de notar efectos secundarios, no suspender el tratamiento, sino disminuir al escalón anterior. No debe conducir ni manejar maquinaria pesada mientras esté con esta medicación y se estén realizando cambios de tratamiento.

El 29 de marzo de 2019, en la consulta de la Unidad de Dolor, se revisa el tratamiento, y se recoge que el paciente refiere que no hay mejoría. Se explica nuevamente la posibilidad de infiltración, se explica técnica y se resuelven dudas. El paciente insiste en el pánico a las agujas y cualquier procedimiento que tenga que ver con un quirófano o un procedimiento médico intervencionista. Se da opción de cita en un mes para ser visto por Psiquiatría y así manejar la situación de la manera que considere oportuna. El 2 de abril de 2019 vuelve a tener cita con la psicóloga, y consta que no acude. El 7 de mayo de 2019 es revisado en la Unidad de Salud Mental para ajuste de tratamiento.

Con fecha 9 de mayo de 2019, el paciente acude nuevamente a consulta de la Unidad de Dolor, constando en la historia clínica que ha

decidido infiltrarse, y que se le propone realizar infiltración y radiofrecuencia del nervio ilioinguinal e iliohipogástrico. Se le explica la técnica, los riesgos, complicaciones y expectativas, que el paciente acepta y firma el consentimiento informado.

El 21 de mayo de 2019, mediante técnica ecoguiada, se practica bloqueo y la radiofrecuencia de nervio ilioinguinal-iliohipogástrico y obturador (rama anterior) derecho sin incidencias.

Con fecha 20 de junio de 2019, el paciente acude de nuevo a revisión a consulta de la Unidad del Dolor, y consta que ha mejorado el dolor inguinal, pero persiste sintomatología en cara interna del muslo derecho (territorio del nervio obturador), por lo que se propone nueva infiltración sobre nervio obturador y genitofemoral derecho. Se explican las técnicas, riesgos y complicaciones, que entiende y acepta.

El 23 de julio de 2019, previo consentimiento del paciente y en condiciones de asepsia, se practica mediante técnica ecoguiada, bajo visión directa de la aguja, el bloqueo y radiofrecuencia del nervio obturador derecho (rama anterior y posterior). Técnica sin incidencias. Consta que en esta consulta que el paciente refiere desear disminuir medicación por cuestiones laborales (maneja maquinaria pesada, tiene que reincorporarse en dos semanas). Se explica que disminuir la medicación puede implicar rebote del dolor. Las infiltraciones se pueden repetir según evolución, aunque no es técnica definitiva, la evolución es impredecible. Se deja pauta de descenso de gabapentina.

El 24 de julio de 2019 vuelve a ser revisado en la consulta de Salud Mental, solicitando que le sea retirada la medicación para incorporarse al trabajo, tras haber recibido el alta del tribunal médico del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

En agosto de 2019 vuelve a faltar a la revisión en las consultas de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Infanta Leonor, pero sí acude a su revisión en la Unidad del Dolor el día 1 de agosto de 2019, donde consta la buena evolución del paciente.

El 19 de Agosto de 2019, en consulta de la Unidad del Dolor, se revisa el tratamiento analgésico, se sigue disminuyendo la pauta de medicación, y se propone para una nueva infiltración en 6 semanas. Se explica técnica, riesgos y complicaciones, se entrega el consentimiento informado, se firma y se recoge. El 24 de septiembre de 2019 se vuelve a realizar bloqueo más radiofrecuencia del nervio ilioinguinal y obturador derecho con técnica ecoguiada, bajo visión directa de la aguja. Técnica sin incidencias.

Con fecha 14 de octubre de 2019, el paciente es nuevamente atendido en la consulta, presenta mejoría progresiva de dolor, aunque molestias con carga de peso, y usa metamizol como único analgésico.

El 14 de noviembre de 2019, revisado en la consulta de la Unidad del Dolor, el paciente vuelve a presentar dolor y está de baja laboral. Consta que se le explica al paciente la necesidad de valorar la opción quirúrgica, a pesar de la ausencia de garantía de resultados, ya que el tratamiento realizado en la Unidad del Dolor no está siendo resolutorio ni duradero. Se le plantea repetir infiltración como puente para intentar mejoría del dolor y reincorporación laboral. Se le explica la técnica, riesgos y complicaciones, que el paciente acepta y firma. Se valorará opción de parche de Qutenza según resultados. Se pauta Sensedol.

El 14 de noviembre de 2019 también acude a revisión a la Unidad de Salud Mental, y consta en su historia que ha tenido que volver a coger la baja por dolor. Rechaza el tratamiento antidepresivo y muestra gran ansiedad por su situación laboral.

El 3 de diciembre de 2019 se realiza mediante técnica ecoguiada infiltración de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico, obturador y genitofemoral derecho. Técnica sin incidencias.

Con fecha 9 de enero de 2020 en la revisión en consulta de la Unidad del Dolor, consta mejoría desde la última infiltración, dolor ocasional sin medicación. Se encuentra de baja laboral. Se solicita revisión en la unidad de dolor crónico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

El 5 de febrero de 2020 consta que no acude a su cita en Salud Mental

El 28 de febrero de 2020, la consulta es telefónica debido a la situación de pandemia. En la historia se recoge que tras la buena respuesta inicial al tratamiento, ha vuelto el dolor, por lo que se fuerza hueco para realizar una nueva infiltración y el 3 de marzo de 2020 se realiza de nuevo mediante técnica ecoguiada infiltración de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico, obturador y genitofemoral derecho.

El 12 de junio de 2020, en consulta telefónica con la Unidad de Salud Mental, manifiesta que ha recibido el alta del tribunal médico, que ha sido despedido y que no quiere continuar con el tratamiento farmacológico. El 7 de julio y el 21 de octubre de 2020 realiza otras dos consultas telefónicas con la Unidad de Salud Mental, donde manifiesta que continúa con ansiedad.

Con fecha 7 de noviembre de 2020, en la consulta de la Unidad del Dolor, se ajusta el tratamiento médico y se propone realizar nueva infiltración, que se realiza el 3 de diciembre de 2020 mediante técnica de radiofrecuencia y bloqueo de nervio periférico ilioinguinal, iliohipogástrico y obturador derechos.

El 14 de mayo de 2021 es nuevamente revisado en consultas y consta que refiere mejoría de tres meses tras la radiofrecuencia. Al paciente se le explican las opciones terapéuticas, y consta en la historia clínica lo siguiente:

“1. Escalada farmacológica- RECHAZA.

2. Reintervención de herniorrafia para retirada/sustitución de malla- RECHAZA.

3. Neuromodulación:

a) Bloqueo radicular selectivo de raíces L1-L2-L3.

b) Según resultados, valoración del implante de neuroestimulador de ganglio de la raíz/cordones posteriores.

Paciente empadronado en Castilla y León. Explico limitación intervencionista en este centro, así como necesidad de acudir a su centro de referencia en la comunidad en que está empadronado.

PLAN: cito para realización de bloqueo radicular selectivo de raíces L1-L2-L3. Explico técnica, expectativas y riesgos, que acepta y firma el consentimiento informado. Según resultados, plantearemos opciones para implante de neuroestimulador de ganglio de la raíz/cordones posteriores”.

TERCERO.- Presentada la reclamación, 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).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante del Hospital Universitario Infanta Leonor, del Centro de Salud Ángela

Uriarte de Candilejas y del Centro de Salud Mental Villa de Vallecas (folios 31 a 305 del expediente).

Obra en el expediente el informe emitido el 5 de diciembre de 2020 por el jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Infanta Leonor, que relata cronológicamente la atención sanitaria dispensada al paciente en el referido servicio y señala que *“... se trata de un paciente con una hernia inguinal derecha al que, tras informarle de los riesgos de la intervención quirúrgica y aceptarlos, se le realiza una hernioplastia inguinal. Se realiza un seguimiento postoperatorio adecuado en las consultas externas y ante la aparición de un dolor crónico posthernioplastia se le pauta tratamiento y se solicitan las interconsultas necesarias a otros especialistas. Ante la persistencia referida por el paciente del dolor y de acuerdo con la Unidad del Dolor se le propuso una reintervención como tratamiento del dolor, que no ha aceptado. El paciente abandona el seguimiento en nuestras consultas, no acudiendo a las citas solicitadas”*.

De igual modo, se ha incorporado al procedimiento el informe del jefe de Sección de Neurología del centro hospitalario de 9 de diciembre de 2020, quien se limita a exponer la asistencia sanitaria al reclamante en su servicio y afirma que el paciente fue evaluado periódicamente en consultas de Neurología por su dolor neuropático hasta 3 de junio de 2019, fecha a partir de la cual, debido a respuesta incompleta del dolor al tratamiento farmacológico indicado, continuó el seguimiento en la Unidad del Dolor.

Consta también el informe del jefe del Servicio de Anestesiología y Unidad del Dolor de 4 de diciembre de 2020, que expone el tratamiento dispensado al paciente en la referida unidad y señala que *“el paciente en todo momento ha sido asistido en consulta, tratado y con un seguimiento continuo por la Unidad de Dolor dependiente del Servicio de Anestesiología y Reanimación, realizándose los tratamientos oportunos para dicho síndrome doloroso, actuando según lex artis y según los medios disponibles en*

nuestro centro: antiinflamatorios no esteroideos, pregabalina, duloxetine, neurolisis con radiofrecuencia de las lesiones en nervio ilioinguinal, iliohipogástrico, nervio obturador y psoas derechos, y bloqueo con anestésicos locales de los nervios periféricos implicados...al paciente también se le propuso disminuir los esfuerzos físicos y la carga de peso entre otras opciones terapéuticas, antes una posible intervención quirúrgica, siendo rechazadas por el mismo, y optando por la vía de tratamiento paliativo con radiofrecuencia y bloqueos de los nervios periféricos”.

Además, se ha incorporado el informe del jefe de Sección de Psiquiatría del centro hospitalario, que se limita a transcribir la historia clínica del paciente del Centro de Salud Mental Puente de Vallecas

Finalmente, figura en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria de 11 de junio de 2021 que, tras examinar la historia clínica del reclamante, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia sanitaria prestada ha sido correcta o adecuada a la *lex artis*.

Una vez instruido el presente procedimiento, mediante oficio de 10 de enero de 2022, se confirió trámite de audiencia al reclamante, quien presenta escrito de alegaciones el 4 de marzo de 2022, oponiéndose al informe de la Inspección Sanitaria y afirmando que de los informes obrantes en el expediente se infiere que el hospital entendía que las secuelas de la operación eran transitorias, y no definitivas y tan dolorosas como han resultado, y que el mismo hecho de que se le ofrezcan tratamientos alternativos revela que no se le advirtió de todas las posibles consecuencias de la intervención.

Afirma que los tratamientos instaurados en el hospital en casos como este no han dado resultado, y eso le hace concluir que *«la lesión es más grave de lo que la información de la operación transmitía, pues una cosa es un “posible dolor neuropático” en la zona de intervención y otra es una secuela definitiva que incapacita al paciente en su vida diaria»*.

Finalmente, el 22 de marzo de 2022 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, en la que se desestima la reclamación al no existir evidencia de que la asistencia haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

CUARTO.- El 24 de marzo de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 174/22 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 26 de abril 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 superior a quince mil euros, 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).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a

raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser 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 en un centro sanitario público de su red asistencial, el Hospital Universitario Infanta Leonor.

En cuanto al 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. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, aunque el interesado reclama por la secuelas derivadas de una intervención de hernia inguinal practicada el día 22 de marzo de 2018, tal y como consta en los antecedentes de hecho del presente Dictamen, a fecha 3 de diciembre de 2020 seguía en tratamiento en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Infanta Leonor, pues tal día se le realiza una nueva técnica de radiofrecuencia y bloqueo de nervio periférico ilioinguinal, iliohipogástrico y obturador rama anterior derechos, en quirófano de dolor. En consecuencia, la reclamación, presentada el 12 de noviembre de 2020, habría sido formulada en plazo.

En lo concerniente al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe de los servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo, Anestesiología y Unidad del Dolor, Neurología y Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor, implicados en el

proceso asistencial del reclamante. Consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia al reclamante, que formuló sus alegaciones en el sentido ya expuesto. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la 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 ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. 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 Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el

ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, «en las reclamaciones

derivadas 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”, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha “lex artis” respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado».

CUARTA.- Como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, el interesado alega la existencia de un error en la intervención practicada el 22 de marzo de 2018 pues, tras una hernioplastia inguinal derecha en el Hospital Universitario Infanta Leonor, sufre un dolor neuropático de carácter invalidante que le ha generado secuelas físicas y morales y, por ello, pérdidas de tipo laboral y económico.

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”*.

Pues bien, en este caso el reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno.

Los informes médicos que obran en el expediente coinciden en señalar que el dolor neuropático que padeció el interesado es una complicación derivada de la intervención a que fue sometido, pero ello, por sí mismo, no implica falta de diligencia y cuidado en la cirugía, como pretende el reclamante, pues no se constata en la historia clínica ninguna incidencia durante la intervención quirúrgica que pudiera evidenciar la existencia de mala praxis, ni el reclamante ha aportado prueba alguna en este punto.

En este sentido, la Inspección Sanitaria explica que estamos ante un paciente que, habiendo sido correctamente diagnosticado, se le propone un tratamiento quirúrgico adecuado a su proceso y sintomatología de hernia inguinal derecha dolorosa. Refiere su informe que *“transcurrido un mes tras la intervención de hernioplastia, el paciente comienza con dolor en región abdominoinguinal en relación con la cirugía, que se califica como neuropático de localización en el territorio del nervio inguinal derecho, lo cual representa una complicación reconocida en este tipo de intervenciones y recogida en el consentimiento informado que se firma previo a la intervención”*.

En este sentido, consta en el expediente el consentimiento informado para cirugía de hernia inguinal, firmado por el reclamante el 25 de enero de 2018, de modo que el reclamante fue adecuadamente informado de la intervención que se le iba a realizar, mediante un documento cuya lectura permitió conocer al interesado el procedimiento al que iba a someterse así como sus posibles complicaciones, aunque la técnica fuera irreproachable desde la perspectiva de la *lex artis*, contando además con un tiempo hasta la realización de la prueba que le permitió meditar su decisión de

someterse a la intervención e incluso revocar el consentimiento prestado. Además, no puede desconocerse que el interesado firmó un documento en el que reconocía estar satisfecho con la información recibida y que había podido aclarar sus dudas (en el mismo sentido, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de noviembre de 2015). Así, el citado consentimiento informado recoge como riesgos *“poco graves y frecuentes: dolor prolongado en la zona de la intervención”*, y como riesgos *“poco frecuentes y graves: dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa...en hernias inguinales: inflamación y atrofia testicular”*.

Una vez diagnosticada la dolencia del reclamante, hubo un seguimiento adecuado de su evolución clínica pues, como recoge el informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del hospital, *“se realiza un seguimiento postoperatorio adecuado en las consultas externas y ante la aparición de un dolor crónico posthernioplastia se le pauta tratamiento y se solicitan las interconsultas necesarias a otros especialistas. Ante la persistencia referida por el paciente del dolor y de acuerdo con la Unidad del Dolor se le propuso una reintervención como tratamiento del dolor, que no ha aceptado. El paciente abandona el seguimiento en nuestras consultas, no acudiendo a las citas solicitadas”*.

En el mismo sentido se manifiesta el jefe del Servicio de Anestesiología y Unidad del Dolor, para quien el paciente en todo momento ha sido asistido en consulta, tratado y con un seguimiento continuo por la Unidad de Dolor, aplicándole diferentes tratamientos que enumera tales como *“antiinflamatorios no esteroideos, pregabalina, duloxetina, neurolisis con radiofrecuencia de las lesiones en nervio ilioinguinal, iliohipogástrico, nervio obturador y psoas derechos, y bloqueo con anestésicos locales de los nervios periféricos implicados...”* e incluso, ante la limitación de la radiofrecuencia y los bloqueos de los nervios periféricos como medidas paliativas no resolutivas, se le explica tal circunstancia y se le ofrece la posibilidad de disminuir los esfuerzos físicos y la carga de peso entre otras

opciones terapéuticas, ante una eventual intervención quirúrgica, *“siendo rechazadas por el paciente que opta por la vía de tratamiento paliativo con radiofrecuencia y bloqueos de los nervios periféricos”*.

En definitiva, y como concluye la Inspección sanitaria *“el paciente ha sido correctamente diagnosticado y tratado, pero lamentablemente ha sufrido una de las posibles complicaciones que se pueden presentar, y que se reconocen en el consentimiento informado, tras una intervención de reparación de una hernia inguinal.... Esta complicación, según se ha expuesto anteriormente, ha sido correctamente tratada, actuando según lex artis, respetando la voluntad del paciente en las alternativas terapéuticas propuestas y no estando en el momento de realizar este informe, agotados los recursos terapéuticos.”*, de modo que la asistencia prestada ha sido adecuada a la *“lex artis”*.

Conclusión a las 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 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...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, 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 al interesado en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

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 26 de abril de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 239/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid