

Dictamen n.º: **523/23**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **05.10.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 5 de octubre de 2023, sobre la consulta formulada por la consejera 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 el abogado de Dña., (en adelante, *“la reclamante”*), por los daños y perjuicios sufridos, al considerar deficiente la asistencia dispensada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, tras una cirugía para la extirpación de un mioma uterino e histerectomía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid el día 10 de noviembre 2020, la persona citada en el encabezamiento de este Dictamen dice formular una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con la asistencia sanitaria recibida en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde se le realizó una histerectomía y extirpación de un mioma el 30 de octubre de 2019.

El escrito expone que el postoperatorio cursó de manera desfavorable, y la paciente presentó un cuadro de fascitis necrotizante,

debiendo ser nuevamente intervenida para la limpieza de la cavidad y la extirpación de restos del mioma que habían quedado sin retirar en la intervención anterior. La reclamante refiere que en esta cirugía se seccionó el uréter, por lo que tuvo que ser reintervenida para la su reimplantación, y en esta nueva intervención se produjo una lesión del nervio femoral.

La reclamación señala que en el presente caso se materializaron demasiadas complicaciones que resultan de todo punto inexcusables: fascitis, peritonitis, lesión uréter, lesión nervio femoral izquierdo, necesidad de múltiples reintervenciones, etc.

La reclamación relata que la paciente padecía un mioma pediculado gigante, por lo que, con fecha 30 de octubre de 2019, ingresó en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de manera programada, con el objeto de ser intervenida para la realización de miomectomía. El escrito describe la intervención y refiere que el 1 de noviembre de 2019 la paciente comenzó con severo enrojecimiento en la región vulvar, que se extendía hacia la raíz del miembro inferior izquierdo y costado izquierdo, de modo que los servicios sanitarios pautaron la realización de un TC, prueba que evidenció hallazgos altamente sugestivos de infección de partes blandas por gérmenes productores de gas, es decir, fascitis necrotizante.

La reclamante indica que, ante estos hallazgos, fue trasladada al Servicio de Cirugía General y Digestivo del mismo hospital donde, con anestesia general, se llevó a cabo una laparotomía exploradora, procediendo al lavado de la cavidad con suero salino fisiológico, detectando restos del mioma morcelado *“que no habían sido convenientemente retirados por falta de diligencia debida y falta de revisión del campo quirúrgico”*.

Según se afirma, la evolución resultó sumamente tórpida y desfavorable, la paciente presentaba un cuadro de distensión

abdominal acompañada de dolor y, con fecha 17 de noviembre, comenzó con un cuadro febril, objetivándose en un TC una mayor cantidad de líquido peritoneal comparado con estudio previo, lo que confirmó un cuadro de peritonitis generalizada.

La reclamación indica que, con tales resultados, al día siguiente, el 18 de noviembre de 2019, la paciente fue reintervenida, realizándose una nueva laparoscopia exploradora, que halló abundante líquido en pelvis, ambas gotieras y región perihepática de características serosas; peritonitis en 4 cuadrantes, especialmente en espacio de Douglas con inflamación secundaria en todo el paquete intestinal, y abundante fibrina en pelvis y sobre muñón vaginal. Además, continúa el relato, se realizó un UROTC, que reveló la existencia de una fuga desde el uréter pélvico izquierdo, confirmándose que el líquido hallado era de origen urinario motivado por una perforación de uréter.

La reclamante refiere que, una vez valorada por el Servicio de Urología, se decidió la realización de una nefrostomía izquierda para la restauración del uréter que había sido seccionado durante la intervención de fecha 1 de noviembre de 2019, y que dicha reintervención quedó programada en un principio para el 19 de diciembre de 2019, realizándose finalmente el 30 de diciembre de 2019.

Tal y como afirma, a partir de esta última intervención comenzó a sufrir sensación de acorchamiento y disestesia desde tercio distal del muslo al tercio proximal de la pierna, además de pérdida de fuerza para la flexión de la misma, de modo que *“la paciente trasladó al equipo médico que no sentía la pierna”*.

La reclamante continúa señalando que, con fecha 9 de enero de 2020, incapaz de mantenerse en pie debido a su situación traumatológica, sufrió una caída y fue valorada por el Servicio de Neurología, donde fue diagnosticada de una neuropatía del nervio

femoral izquierdo, diagnóstico corroborado por un electromiograma realizado el 13 de enero de 2020.

Asimismo, según afirma, con fecha 14 de enero de 2020 se le realizó una resonancia lumbo-sacroilíaca, que confirmó una asimetría con aparente disminución de tamaño del tronco lumbosacro izquierdo en el área próxima a la escotadura ciática con respecto al contralateral, se visualizó alguna raíz que había perdido tensión, por lo que no se descartaba alguna resección total o parcial de alguna de las raíces que conforman el tronco lumbosacro izquierdo.

En definitiva, la reclamante señala que recibió el alta el 16 de enero de 2020 siendo portadora de sonda urinaria vesical en área púbica y perianal, con motivo de una lesión de uréter provocada en la intervención quirúrgica de fecha 1 de noviembre de 2019, además de confirmarse que en la reintervención para el reimplante de uréter realizada con fecha 30 de diciembre de 2019 también había sido lesionado el nervio femoral izquierdo.

La reclamación considera actos médicos reprochables:

1º.- Falta de cuidado, negligencia, imprudencia y dejadez en la primera cirugía llevada a cabo con fecha 30 de octubre (histerectomía total + miomectomía), en la que se extirpó de manera incompleta el mioma uterino, provocando además un cuadro infeccioso, así como en la cirugía de fecha 1 de noviembre, cuando la paciente tuvo que ser reintervenida para la extracción de los restos del mioma y la limpieza de la cavidad, provocando en esta cirugía una perforación en el uréter.

2º.- Como consecuencia de la perforación en el uréter, la paciente sufrió una peritonitis generalizada, ocasionando un continuado vertido de orina hacia el interior de la cavidad y un progresivo empeoramiento de su estado de salud, motivo por el cual, con fecha 30 de diciembre de 2019, un mes más tarde, se llevó a cabo la reintervención para la

reimplantación del mismo, lesionando en esta última cirugía el nervio femoral izquierdo.

3º.- El resultado es sencillamente desproporcionado e incompatible con las consecuencias de una histerectomía +miomectomía.

La reclamación resalta que la paciente estuvo 309 días de baja laboral, de los que 78 días fueron de hospitalización, y solicita una indemnización por todos los conceptos de 191.982 euros.

Con el escrito de reclamación se adjunta diversa documentación clínica (folios 1 a 98 del expediente).

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

Se trata de una paciente, de 47 años de edad en el momento de los hechos reclamados, con antecedentes de quirúrgicos de cesárea y exéresis de mioma uterino (2009); poliplectomía por histeroscopia (2012); miomectomía por laparotomía (2015). Ingresa de forma programada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón para exéresis laparoscópica de mioma uterino gigante el día 30 de octubre de 2019. En quirófano se realiza histerectomía, doble salpinguectomía laparoscópica y miomectomía.

Durante la mañana del día 1 de noviembre de 2019, la paciente comienza con enrojecimiento de región vulvar, que se extiende hacia raíz del miembro inferior izquierdo y costado izquierdo. Ante la progresión, se realiza TAC informado como: hallazgos altamente sugestivos de infección de partes blandas por gérmenes productores de gas (fascitis necrotizante). A correlacionar con la clínica de la paciente.

Por este motivo es trasladada desde el Hospital Materno-Infantil al edificio central, donde es valorada por Cirugía General y Aparato

Digestivo.

En todo momento permanece afebril, hemodinámicamente estable, con diuresis en rango. Refiere dolor a la exploración de torso izquierdo y raíz del miembro inferior izquierdo, con crepitación y eritema superficial sin empastamiento. Dados los hallazgos en TC, se decide intervención quirúrgica urgente. Se toma muestra de incisión inferior izquierda, cultivo de S. pyogenes rápido.

Técnica: laparoscopia exploradora. Se toma muestra de líquido peritoneal para cultivo. Lavado con abundante SSF. Extracción de resto de mioma morcelado a través incisión en fosa ilíaca izquierda.

Se realizan incisiones hasta visualizar fascia en 1: región axilar; 2: flanco izquierdo; 3: vulva, para toma de cultivo y realización de test de S.pyogenes rápido. Fascia muscular de aspecto sano, sin apertura de planos musculares con la disección roma, sin gas ni exudado purulento.

Evolución postoperatoria tórpida, sin clara mejoría por parte de la paciente durante los primeros días postoperatorios, con persistencia de eritema y edema en hipogastrio y ambas raíces de miembros inferiores. Se inicia cobertura antibiótica con meropenem. Es valorada por parte del servicio de Alergología, ante la aparición de un exantema maculopapular eritematoso de probable origen farmacológico {meropenem vs nolotil vs enantyum), se prohíbe por tanto la administración de beta lactámicos, pirazolonas y arilpropiónicos.

Durante su estancia es valorada por el Servicio de Ginecología, quienes descartan complicaciones postquirúrgicas por su parte y recomiendan descartar una trombosis pélvica. Se realiza una prueba de imagen (TC el día 5.de noviembre, en el que se objetiva importante mejoría radiológica, respecto a estudio previo, de los signos de fascitis necrotizante, y se descarta la presencia de trombosis pélvica).

Ante persistencia del cuadro, se solicita una ecografía doppler de miembros inferiores el día 11 de noviembre de 2019, en la que se descarta nuevamente la presencia de trombosis.

Durante los días posteriores la paciente comienza con cuadro de distensión abdominal. Se realiza un TC el día 14 de noviembre de 2019, en el que se observa moderada cantidad de líquido libre que ha aumentado con respecto a estudio previo. La paciente presenta un empeoramiento clínico, realiza un pico de fiebre, por lo que se solicita una prueba de imagen ese mismo día, un TC, el 17 de noviembre, que objetiva peritonitis generalizada, por lo que se decide realizar laparoscopia exploradora el 18 de noviembre de 2019.

Técnica: laparoscopia exploradora. Se toma muestra para cultivo y bioquímica. Aspiración de todo el contenido y lavado.

Hallazgos: abundante líquido en pelvis, ambas gotieras y región perihepática, de características serosas. Peritonitis de 4 cuadrantes, principalmente en espacio de Douglas, con inflamación secundaria de todo el paquete intestinal. Abundante fibrina en pelvis, y sobre muñón vaginal { sin visualizarse bien).

Con fecha 18 de noviembre de 2019, se realiza uroTC, con hallazgo de fuga en el tercio distal de uréter izquierdo, por lo que el 20 de noviembre de 2019 se lleva a cabo colocación de nefrostomía percutánea izquierda, con imposibilidad de intubación de la misma. Posteriormente, persistencia de débito por el drenaje, compatible con orina, por lo que ingresa para reimplante ureteral abierto.

La intervención, programada para el día 19 de diciembre de 2019, se suspende por fiebre, siendo valorada la paciente por Microbiología, quienes pautan tratamiento antibiótico, con resolución del proceso intercurrente, por lo que es reprogramada para el día 30 de diciembre

de 2019.

El 30 de diciembre de 2019 se realiza reimplante ureteral izquierdo + flap de Boari, sin incidencias.

Evolución postquirúrgica: el primer día postoperatorio se cierra nefrostomía percutánea izquierda. Posteriormente, pico febril de 38°C, de forma que se vuelve a abrir la nefrostomía. En tratamiento desde el 20 de diciembre de 2019 con amikacina IV por bacteriemia de origen urinario por *Pseudomonas aeruginosa* (hemocultivos del 19 de diciembre positivos para dicho microorganismo). Añadido ciprofloxacino el 30 de diciembre de 2019. Urocultivo del 1 de enero de 2020: estéril.

Durante los siguientes días postoperatorios, la paciente se mantiene afebril con buena evolución clínica. Con fecha 2 de enero de 2020, se retira el drenaje quirúrgico y se suspende tratamiento con amikacina y ciprofloxacino por parte de Microbiología. El 3 de enero de 2020 se cierra de nuevo nefrostomía percutánea, con buena diuresis a través de sonda vesical.

Con fecha 5 de enero de 2020, la paciente debuta de nuevo con fiebre >38°C. El día 7 de enero de 2020 se recoge nuevo urocultivo y el 8 de enero se recogen nuevos hemocultivos y se inicia de nuevo tratamiento con depofloxacino iv. Posteriormente, la paciente se vuelve a mantener afebril. Urocultivo del 7 de enero de 2020: estéril.

El día 9 de enero de 2020 informan del crecimiento de *Candida glabrata* y *Lactobacillus gasseri* en cultivo de líquido peritoneal realizado durante la cirugía. Microbiología inicia tratamiento con Fluconazol y Metronidazol.

La paciente refiere desde la cirugía del 30 de diciembre de 2019 sensación de acorchamiento y disestesia, desde el tercio distal del muslo al tercio proximal de la pierna, junto a pérdida de fuerza para la

flexión de la pierna, sin recuperación de la misma. Es valorada por Rehabilitación el día 9 de enero de 2020, con sospecha de neuropatía por compresión. Se solicita interconsulta a Neurología, quienes valoran a la paciente y es diagnosticada de neuropatía del nervio femoral izquierdo.

Se realiza electromiograma el 13 de enero de 2020: el estudio neurofisiológico muestra ausencia de potencial de acción nervioso sensitivo (PANS) del nervio safeno izquierdo. Normalidad del PANS de nervios seteno derecho y sural bilateral. Potencial de acción muscular compuesto (PAMC) de nervios peroneales dentro de valores de normalidad, sin asimetrías interlado significativas.

Ausencia de actividad muscular voluntaria junto a presencia de denervación activa escasa en vastus lateralis y en rectus femoris izquierdos. Presencia de potenciales de unidad motora normales en iliopsoas, adductor longus, tibialis anterior y gastrocnemius edialis izquierdos.

Con fecha 14 de enero de 2020, se realiza resonancia magnética lumbo-sacroilíaca: en el espacio L5 S1, protrusión discal que no llega a obliterar el espacio graso epidural anterior, por lo que no deforma el saco tecal. Los forámenes de conjunción en todos los niveles lumbares están dentro de la normalidad.

Estudio de plexo lumbosacro: cambios postquirúrgicos, con edema de partes blandas a nivel inguinal izquierdo. Como único hallazgo, se encuentra una asimetría con una aparente disminución de tamaño del tronco lumbosacro izquierdo, en el área próxima a la escotadura ciática, con respecto al contralateral, se visualiza asimismo alguna raíz que ha perdido tensión por lo que no se descarta que exista alguna resección total o parcial de alguna de las raíces que conforman el tronco lumbosacro izquierdo. Aumento de señal del cuádriceps izquierdo,

compatible con cambios de edema denervatorio.

La paciente es revalorada por Neurología tras las pruebas complementarias, solicitándose electromiograma de control en 3 semanas para valoración por su parte al alta en consultas externas. También es revalorada por parte de Rehabilitación, quienes enseñan ejercicios y recomendaciones y dan cita de control en el CEP de Moratalaz el día 10 de febrero de 2020 a las 13:40 horas.

Finalmente, se decide dar de alta con fecha 16 de enero de 2020. Diagnóstico principal: atrapamiento ureteral izquierdo. Otros diagnósticos: lesión del nervio femoral izquierdo.

Tratamiento: fármacos: paracetamol 1gr/8 horas si hay dolor. Fluconazol 400mg cada 12 horas durante 2 días más. Metronidazol 500mg, medio comprimido cada 8 horas durante 2 días más.

Otras recomendaciones:

- Hidratación adecuada (2-3 litros de agua al día).
- Curas de herida con agua y jabón, mantener limpia y seca.
- Mantener sonda vesical y catéter doble jota hasta realización de la cistografía; según resultados se valorará retirada de los catéteres.
- Acudir a las consultas de Urología de la Unidad de Litotricia (Pabellón de Asistencia Ambulatoria) para la realización de cistografía.
- Citar con volante adjunto para revisión en consultas externas de Neurología, previa realización de electromiograma.
- Acudir a consulta con Rehabilitación en el CEP de Moratalaz el día 10 de febrero de 2020. Si hay fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ o mal estado general, acudir a Urgencias.

La paciente acude a consulta de Rehabilitación en el CEP Moratalaz el 16 de enero de 2020. Colaboradora, en sedestación. Cicatriz quirúrgica con buen aspecto, sin lesiones cutáneas, sin equimosis o tumefacción en zona pélvica. Miembros superiores y miembro inferior derecho funcionales, reflejos osteotendinosos conservados. Miembro inferior izquierdo tono normal, reflejos osteotendinosos rotuliano y aquileo abolidos. Balance muscular psoas 3/5, cuádriceps 2/5, reto a distal 5/5. Sensibilidad grosera conservada. Transferencia autónoma, marcha con claudicación del miembro inferior izquierdo con andador.

Se encuentra algo mejor, aunque refiere dolor continuo, con parestesias asociadas, en el miembro inferior izquierdo, más nocturno y con la movilización. Tratamiento: paracetamol. Caminar con dos muletas/andador por su domicilio.

Se realiza electromiograma el 25 de febrero de 2020. Conclusiones: abundante denervación activa en toda la musculatura explorada dependiente del nervio femoral izquierdo, incluyendo músculo iliopsoas (ausente en anterior estudio, en probable relación al escaso tiempo de evolución). Se observan cambios neurogénicos de intensidad moderada en el músculo iliopsoas izquierdo, escasos datos de reinervación en cuádriceps, aunque con presencia de algún potencial de unidad motora, previamente ausentes. Ausencia del potencial de acción nervioso sensitivo (PANS) en la conducción periférica del nervio safeno izquierdo, al igual que en el estudio previo.

En conjunto, se observan hallazgos sugerentes de una lesión axonal parcial en territorio del nervio femoral izquierdo, destacando respecto al estudio previo la presencia de denervación también a nivel proximal (músculo iliopsoas). Se observan cambios neurogénicos crónicos, disminución del reclutamiento de unidades motoras de intensidad moderada en músculo iliopsoas y discreta reinervación a

nivel del cuádriceps, aunque presente.

Juicio clínico: neuropatía femoral izquierda postquirúrgica (4 cirugías, última el 30 de diciembre de 2019) + tendinopatía rotuliana.

Con fecha 5 de mayo de 2020 se realiza exploración física en Rehabilitación. Hombros: funcionales. Dolor y limitación en últimos grados del hombro izquierdo. Balance muscular global conservado. En los miembros inferiores, el derecho funcional. En el miembro inferior izquierdo, amiotrofia del cuádriceps, sobre todo vasto interno. Balance articular de la cadera y de la rodilla conservados. Sin edema en la rodilla ni derrame. Balance muscular de psoas y glúteos 4/5, cuádriceps 3+/5. Hipoestesia en la cara anterior de muslo y pierna. Marcha con una muleta.

Nueva exploración el 18 de junio de 2020. El miembro inferior izquierdo impresiona de menor amiotrofia del cuádriceps, sobre todo vasto interno. Balance articular de la cadera y de la rodilla conservados. Sin edema en la rodilla ni derrame. Balance muscular del psoas y glúteos 4/5, cuádriceps 4/5. Hipoestesia en la cara anterior de muslo y pierna. Dolor en la región del tendón rotuliano a la palpación. Marcha independiente más estable. Apoyo monopodal 5 segundos. No realiza cuclillas por dolor prerrotuliano.

El 3 de agosto de 2020 se realiza ecografía de la rodilla izquierda. Leves cambios artrósicos. Leve derrame articular. Tendón del cuádriceps dentro de la normalidad. Engrosamiento e hipoecogenicidad del tendón rotuliano, mayor afectación en su inserción en tuberosidad tibial anterior. Tendones colaterales sin alteraciones. No se observa quiste de Baker ni trombosis venosa.

Conclusiones: tendinopatía del tendón rotuliano. Leve derrame articular.

Juicio clínico: neuropatía femoral izquierda postquirúrgica+ tendinopatía rotuliana. Se recomienda continuar con ejercicios, rodillera con centraje de rótula para salir a exteriores. En situación de pandemia, limitación en el tratamiento y no se consideran en ese momento las ondas de choque como una opción.

El 8 de octubre de 2020 acude a revisión. En la exploración física, en el miembro inferior izquierdo, menor amotrofia del cuádriceps, sobre todo vasto interno. Balance articular de la cadera y de la rodilla conservados. Sin edema en la rodilla ni derrame. Balance muscular de psoas y glúteos 4/5, cuádriceps 4-/5.. Hipoestesia en la cara anterior de muslo y pierna. Dolor en la región del tendón rotuliano a la palpación. Dolor además suprarrotuliano y en inserción anserina. Marcha independiente más estable con apoyo monopodal > 10 segundos. Presencia de denervación también a nivel proximal (músculo iliopsoas). Se observan cambios neurogénicos crónicos y disminución del reclutamiento de unidades motoras de intensidad moderada en músculo iliopsoas y discreta reinervación a nivel del cuádriceps, aunque presente.

Juicio clínico: neuropatía femoral izquierda postquirúrgica + tendinopatía rotuliana. Se pauta magnetoterapia en la rodilla y se da el alta. Se solicita electromiograma y revisión con resultados.

La paciente acude a revisión el 21 de diciembre de 2020. Se encuentra mucho mejor respecto al dolor rotuliano. Persisten disestesias tolerables, en tratamiento con Pregabalina, y acude para ver resultados del electromiograma de 26 de octubre de 2020: lesión axonal parcial de grado moderado-importante en el nervio femoral izquierdo con abundantes datos de reinervación en musculatura dependiente. Potencial de acción del nervio safeno izquierdo ausente (sin cambios).

La última revisión que consta en el expediente data del 9 de mayo

de 2022. Columna lumbar: alineada. Sin dolor a espinopresión. Dolor en la musculatura paravertebral bilateral, sobre todo izquierda, y en escotadura ciática en región piramidal. Balance articular de la columna limitado en grados medios de los dos arcos. Hipoestesia cara interna de muslo y pierna. Balance muscular izquierdo: psoas y cuádriceps 4+/5. Tono bien. Marcha con una muleta claudicante.

El juicio clínico es neuropatía femoral izquierda postquirúrgica (4 cirugías, última el 30 de diciembre de 2019) + tendinopatía rotuliana + lumbociatalgia izquierda en estudio (posible síndrome piramidal, pendiente de estudio en uroTAC y radiografía de columna por su médico de Atención Primaria).

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 incorporó al expediente la historia clínica de la paciente y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, emitido el 15 de febrero de 2021, en el cual, tras relatar la asistencia dispensada a la paciente por el referido servicio y contestar los diferentes reproches expuestos en el escrito de reclamación, se señala que *“la fascitis necrotizante no fue más de una sospecha diagnóstica: informe de TAC “hallazgos altamente sugestivos de fascitis necrotizante”. En el protocolo quirúrgico de la laparoscopia realizada a las 24 horas de la primera cirugía (celeridad máxima) se especifica la no existencia de fascitis necrotizante así como el cultivo negativo para Streptococcus pyogenes. Por último en este apartado, en el informe de alta de la Unidad de Anestesia Postquirúrgica se especifica “sospecha de fascitis necrotizante descartada”.*

Se ha incorporado también al expediente el informe del jefe del Servicio de Cirugía General del centro hospitalario, de 22 de febrero de 2021, que relata pormenorizadamente la atención sanitaria prestada y refiere que *“la lesión ureteral se trató de manera adecuada, primero con la nefrostomía de control de la fuga y, de manera posterior, con cirugía reparadora, que fue satisfactoria...La reentrada tardía en la cavidad abdominal, tras varias cirugías y un proceso inflamatorio sufrido, puede ser muy compleja por la fibrosis generada, aumentando el riesgo de lesiones neurológicas y secuelas”*.

Con fecha 23 de febrero de 2021, ha emitido también informe el Servicio de Urología del hospital, que se limita al relato del *“manejo clínico”* de la paciente, realizado por el referido servicio.

Consta en el expediente que el 3 de marzo de 2023, y a petición de la Inspección Sanitaria, por parte del órgano instructor *“se solicita valoración del TC abdomino pélvico realizado el 1 de noviembre de 2019 por un Servicio de Radiodiagnóstico diferente al del centro sanitario en el que se prestó dicha asistencia sanitaria...Se precisa nueva lectura de esta prueba radiológica para confirmación o no de dicha interpretación; o bien para valoración de otros posibles diagnósticos: enfisema subcutáneo..., signos de rotura de uréter, peritonitis...”*.

Como consecuencia, con fecha 12 de abril de 2023 se remite informe de la Unidad Central de Radiodiagnóstico, con las siguientes conclusiones:

“Cambios post-quirúrgicos de histerectomía y doble anexectomía. Colección en fondo de saco de Douglas, a valorar en el contexto postoperatorio. Cambios inflamatorios/infecciosos en pared abdominal antero-lateral izquierda, con colección subcutánea lumbar izquierda asociada a enfisema de predominio subcutáneo y con distribución entre fascias musculares”.

Posteriormente, el 5 de mayo de 2023, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera ajustada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada a la paciente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 9 de junio de 2023, se dio traslado del expediente para alegaciones a la reclamante. Su abogado, por medio de escrito presentado el 4 de julio de 2023, reitera el contenido de su reclamación y alega que en el documento de consentimiento informado de la cirugía para el reimplante ureteral izquierdo, llevado a cabo con fecha 30 de diciembre de 2019, no consta en el apartado de riesgos generales y específicos del procedimiento la posibilidad de que se pudiera producir la lesión del nervio femoral o lesión neurológica alguna, como finalmente así ocurrió, de modo que se ha infringido el derecho a la información de la paciente.

Además, aporta un informe pericial realizado por un médico especialista en Aparato Digestivo y Medicina Interna, en el que se señala que *“valorada la atención sanitaria en su conjunto, tanto la lesión del uréter izquierdo más el resto de un mioma olvidado en la cavidad pélvica, más el rechazo de haber tenido alguna complicación en la histerectomía cuando se había descartado una fascitis necrotizante y la paciente continuaba empeorando, lo consideramos una mala praxis... Se tardaron 20 días en llegar a un diagnóstico correcto de la paciente sin la ayuda de los ginecólogos y con dos nuevas intervenciones quirúrgicas hasta tener la certeza que la peritonitis química era de causa urinaria por una lesión del uréter izquierdo. Un tiempo excesivo que perjudicó a la paciente”*.

Finalmente, el 26 de julio de 2023 el viceconsejero de Sanidad y director general del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de

resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 5 de septiembre de 2023, se formuló la preceptiva consulta.

Correspondió el estudio del presente expediente 491/23 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 5 de octubre de 2023.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y por solicitud de órgano legitimado para ello, de conformidad con 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, iniciado a instancia de parte, se ha realizado conforme a lo dispuesto en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC 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. Actúa por medio de su abogado, con poder especial conferido al efecto.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

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, la reclamante reprocha la lesión supuestamente causada en una intervención realizada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 30 de octubre de 2019, si bien ha presentado una tórpida evolución clínica posterior e, incluso, fue reintervenida el 30 de diciembre de 2019. Por lo tanto, la reclamación, formulada el día 10 de noviembre 2020, está presentada dentro del plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de curación o de determinación de las secuelas.

En lo concerniente al procedimiento, se ha incorporado la historia clínica de la paciente y se ha recabado el informe del centro implicado en el proceso asistencial de la reclamante, contra el cual dirige sus reproches. Así, constan en el expediente los informes de los servicios de Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Aparato Digestivo y Urología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. También

ha emitido informe la Inspección Sanitaria, se ha dado traslado del expediente a la reclamante para alegaciones y, posteriormente, se ha dictado la correspondiente 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.- 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, la reclamante alega la existencia de una negligencia en la primera intervención, en la que se extirpó de manera incompleta el mioma uterino, provocando además un cuadro infeccioso, así como en la segunda, cuando tuvo que ser reintervenida para la extracción de los restos del mioma y la limpieza de la cavidad, provocando en esta última cirugía una perforación en el uréter y una posterior peritonitis. Como consecuencia, según afirma, tuvo que ser nuevamente intervenida para la reimplantación del uréter, sufriendo una nueva lesión, esta vez en el nervio femoral izquierdo. Por tanto, considera que *“el resultado es sencillamente desproporcionado e incompatible con las consecuencias de una histerectomía +miomectomía”*.

Por último, ya en fase de alegaciones, la interesada reprocha que, respecto a la lesión en el nervio femoral, no se informó a la paciente de acuerdo con las exigencias recogidas 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.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar tal

reproche 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 la reclamante ha incorporado al procedimiento un informe médico pericial realizado por un médico especialista en Aparato Digestivo y Medicina Interna con las conclusiones expuestas en los antecedentes de hecho del presente Dictamen. Frente a ello, los informes de los diferentes servicios que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada a la paciente y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis* y coinciden en afirmar que las diversas complicaciones acaecidas en la tórpida evolución de la paciente aparecían reflejadas como riesgos eventuales de las diferentes intervenciones quirúrgicas a que fue sometida y que recibieron el tratamiento adecuado.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que 18/23 expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han*

facilitado (...)” y “no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”. La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (rec. núm. 77/2019) señala que, “en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

Ahora bien, cabe recordar que, en determinadas ocasiones, la jurisprudencia admite la inversión de la carga de la prueba, como en aquellos supuestos, como el presente, en que, como consecuencia de la asistencia sanitaria, se haya producido un daño desproporcionado, en los que existe una presunción de prestación sanitaria contraria a la *lex artis*, que corresponde a los servicios médicos destruir mediante la aportación de la pertinente prueba. La Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2016 (recurso 2822/2014) resume los requisitos de esta figura de daño desproporcionado, tal y como la ha configurado la jurisprudencia contencioso-administrativa: «La doctrina del daño desproporcionado o "resultado clamoroso" significa lo siguiente: 1º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda

relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución. 2º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible - por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada. 3º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la lex artis por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor. 4º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño. 5º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado».

En este sentido, y en primer lugar, el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón destaca en su informe, frente a las afirmaciones contenidas tanto en el escrito de reclamación como en el informe médico pericial aportado, que, si bien en el protocolo quirúrgico inicial de la primera intervención se reflejaba que *"la técnica utilizada consistía en la realización de una laparoscopia con morcelación en bolsa"*, no obstante *"este error proviene de una lectura errónea del protocolo quirúrgico. En él se expone: Procedimiento previsto inicial MIOMECTOMÍA LPC VERSUS HT LPC SALPINGUECTOMIA (con morcelación)... Este comentario corresponde a un procedimiento previsto (morcelación), pero NO realizado. En el apartado técnica quirúrgica del mismo protocolo no se hace mención a la realización de morcelación intraabdominal. A más, puestos al habla con los cirujanos presentes en la*

intervención corroboran que en ningún momento se procedió a la morcelación del mioma”

De igual modo, y frente al reproche de la reclamante relativo a la existencia de *“trozos del mioma a nivel intraabdominal tras la primera cirugía”*, el citado Servicio de Cirugía del centro hospitalario, tal y como corrobora también la Inspección Sanitaria, recuerda cómo *“en el informe de alta de la Unidad de Anestesia y Reanimación (documento 3) cuando transcriben el protocolo quirúrgico especifican: “extracción de resto de mioma morcelado (error en la interpretación del protocolo quirúrgico ya explicado) a través de incisión en fosa ilíaca izquierda...en pelvis se objetiva fragmento de mioma morcelado”*.

En todo caso, tal y como coinciden en afirmar el Servicio de Cirugía General y la Inspección Sanitaria la existencia de dicho resto obedece a las dificultades técnicas en su exéresis, *“lo cual sucede con una relativa frecuencia”*, de modo que así consta en el documento de consentimiento informado que firmó la paciente, donde se alude a *“lesiones ureterales, infecciones y miomectomías incompletas”* como complicaciones posibles de la cirugía.

Por otro lado, la reclamante también alude en su escrito a una supuesta *“fascitis necrotizante”* como complicación de la primera cirugía, pero la historia clínica y los informes obrantes en el expediente revelan que dicha patología sólo fue una sospecha diagnóstica, de modo que consta en el informe de alta de la Unidad de Anestesia Postquirúrgica a las 24 horas de la intervención, se especifica *“sospecha de fascitis necrotizante descartada”*.

Aun así, el Servicio de Cirugía General refiere en su informe que *“a pesar de que no parecía clínicamente una fascitis, los hallazgos del TC obligan a hacer una revisión del campo quirúrgico y a la toma de nuestras microbiológicas para tomar decisiones”*. En consecuencia, se

realiza una nueva laparotomía exploradora, con firma previa por la paciente del correspondiente documento de consentimiento informado en el que, como señala la Inspección Sanitaria, constaban como posibles complicaciones las lesiones ureterales. Además, tal y como refiere la propia Inspección *“se especifica también que las complicaciones pueden aparecer en el mismo acto quirúrgico, en el periodo inmediato o a medio y largo plazo. Se ha reflejado en el apartado anterior la casuística de estas lesiones y la dificultad en ocasiones para identificarlas, ya que no tienen unos síntomas específicos, por ello a menudo el diagnóstico se realiza de manera tardía. En la bibliografía... se habla de una media de tiempo para su diagnóstico de 6-20 días; en otros casos hasta 10-30 días”*. En este caso, el diagnóstico se produce en la última TAC, según el Servicio de Cirugía, al apreciarse la fistula ureteral.

Diagnosticada la lesión, el Servicio de Cirugía General explica en su informe que se solicitó valoración por Urología, que recomendó una nefrostomía del lado lesionado, para controlar la fuga urinaria, y la reparación quirúrgica del uréter, al no ser subsidiaria la lesión de intubación retrógrada. *“Tras la nefrostomía, la paciente evoluciona favorablemente del problema inflamatorio. La cirugía de reparación se difiere hasta que el estado de los tejidos sea el adecuado”*. En cuanto a la intervención posterior, la Inspección considera que *“la reparación del uréter se realizó de manera adecuada y el resultado ha sido satisfactorio”*, si bien la paciente ha sufrido una lesión iatrogénica del nervio femoral que la Inspección indica *“es un problema bien conocido y documentado, como complicación de muchos procedimientos quirúrgicos. Se ha identificado que la lesión se caracteriza por un pronóstico favorable, con una recuperación motora y sensorial satisfactoria alcanzable en la mayoría de los casos en 6 a 12 meses y sólo con rehabilitación”*.

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que la asistencia

sanitaria dispensada a la paciente fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*, 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 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”.

QUINTA.- No obstante, y en el trámite de audiencia, la reclamante también alega que no fue debidamente informada durante el proceso asistencial de la eventual lesión neurológica que finalmente sufrió, aunque firmó el correspondiente documento de consentimiento informado para la intervención.

En este sentido, es preciso destacar la relevancia de la información que ha de suministrarse al paciente, tal y como se regula en la actualidad en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y recoge la STC 37/2011, de 28 de marzo, que considera que la privación 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.

En este sentido, si bien es reiterada la jurisprudencia que destaca que no cabe exigir al documento de consentimiento informado una información exhaustiva de todos los riesgos que pueden surgir en la

actuación médica, ya que ello iría en contra tanto de la buena práctica médica como de la propia finalidad del consentimiento informado (sentencias del Tribunal Supremo de 30 de enero (recurso 5805/ 2010), 19 de junio (recurso 3198/2011) y 9 de octubre de 2012 (recurso 6878/2010), no lo es menos que los informes obrantes en el expediente coinciden en señalar que la lesión neurológica sufrida por la paciente es una complicación frecuente y documentada de este tipo de cirugías. Más aún, y en cuanto a la situación concreta de la reclamante, el propio Servicio de Cirugía señala en su informe que *“la reentrada tardía en la cavidad abdominal, tras varias cirugías y un proceso inflamatorio sufrido, puede ser muy compleja por la fibrosis generada, aumentando el peligro de lesiones neurológicas y secuelas”*, circunstancia que debió hacerse constar en el apartado de riesgos personalizados del documento de consentimiento informado.

El incumplimiento del deber de brindar información suficiente a la paciente, y la consiguiente omisión del consentimiento informado, constituyen una mala praxis. Según ha señalado el Tribunal Constitucional (STC 37/2011, de 28 de marzo) *“el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación”*. Además, como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 31 de enero de 2019 (recurso 290/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, *“no solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado, sino también descuidos parciales”*.

A la vista de todo ello, cabe entender que se ha producido una vulneración del derecho de la reclamante a una adecuada información

previa a la práctica de la intervención quirúrgica de reparación ureteral. Así pues, esta Comisión considera procedente estimar la reclamación en el indicado punto de la infracción del derecho a la información de la reclamante, sin perjuicio de que la actuación sanitaria en sí misma considerada no sea reprochable desde el punto de vista médico.

En estos casos, la valoración de dicho daño es extremadamente complicada por su gran subjetivismo, como hemos señalado reiteradamente [así nuestro Dictamen 165/18, de 12 de abril, en el que se citan las sentencias del Tribunal Supremo de 6 de julio de 2010 (recurso 592/2006) y 23 de marzo de 2011 (recurso 2302/2009)]. En punto a su concreta indemnización, la Sentencia de 11 de mayo de 2016 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (P.O. 1018/2013), resalta la dificultad de cuantificar ese daño moral, y señala que la cuantía debe fijarse *“de un modo estimativo atendiendo a las circunstancias concurrentes, sin que, ni siquiera 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”*.

Por ello, esta Comisión, como en dictámenes anteriores, valora el daño ocasionado por la falta de información completa a la reclamante, al no contemplarse en el documento de consentimiento informado los riesgos personales, en 6.000 euros.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada y reconocer una indemnización de 6.000 euros por la vulneración del derecho a la información de la reclamante.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 5 de octubre de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 523/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid