

Dictamen n.º: **663/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.12.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por mayoría en su sesión de 10 de diciembre de 2025, emitido ante 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 D., por los daños y perjuicios sufridos, al intervenir por error la pierna izquierda, además de la derecha, que es la que presentaba la patología que justificaba la operación, en el Hospital Universitario de La Princesa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El interesado anteriormente citado formula el 6 de noviembre de 2023 una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos, que imputa a la indebida intervención de la pierna izquierda, siendo su pierna derecha la que presentaba la patología que obligó a la operación en el Hospital Universitario de La Princesa.

Refiere que, pese a haber sido diagnosticado de una isquemia aguda en el miembro inferior derecho, se interviene la pierna izquierda. Al no

encontrar la citada patología, narra que se revisa el angioTAC, que ratifica la lesión en la pierna derecha.

Por ello, reconoce que, en ese momento, los médicos hablan con la familia – esposa e hijas- e incluso, en cuanto es consciente, informan al propio paciente del error cometido y se procede a la intervención en la pierna derecha.

Como consecuencia del citado error, el reclamante manifiesta que ha padecido lesiones nerviosas en ambos miembros inferiores, desde la rodilla, en forma de parestesias, anestесias, alodinia e hiperpatía, por las que se encuentra en tratamiento por el Servicio de Neurología del mismo hospital.

Añade que sufre secuelas permanentes que le impiden mantener una marcha normal, sufriendo disfunciones en las posiciones de cuclillas, puntillas y alteraciones en la marcha por terreno irregular.

Manifiesta que puede facilitar como testigos a profesionales que le visitaron durante su estancia en el hospital y no aporta documentación adicional, si bien identifica el número de historia clínica. Cuantifica los daños en 120.000 euros.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica, pudiéndose extraer los siguientes hechos de interés:

El reclamante, de 75 años en el momento de la operación, médico jubilado del Hospital Universitario de La Princesa, cuenta, como antecedentes destacables, que es exfumador importante, desde hace más de treinta años, y sigue fumando de forma ocasional; padeció cáncer de colon en ángulo hepático resecado, del que fue intervenido en 2020 y por el que fue sometido a un tratamiento de 25 ciclos de quimioterapia, que le había provocado una polineuropatía sensitiva en ambos miembros

inferiores. En el momento de la operación, sufre un cáncer de colon en la unión de recto, por el que se encuentra sometido a quimioterapia, y un cáncer urotelial, del que es operado en febrero de 2023. Para realizar este procedimiento, se suspende temporalmente su medicación de anticoagulación.

También padece hipertensión arterial, controlada con tratamiento farmacológico, estenosis subaórtica fija con rodete diafragmático, con obstrucción ligera e insuficiencia aórtica; hiperplasia prostática, e insuficiencia renal leve.

Asimismo, procede enfatizar que su madre falleció de muerte súbita por estenosis aórtica a los 65 años de edad y su padre igualmente falleció súbitamente a la edad de 75 años.

El 1 de marzo de 2023, al reclamante se le practica una ecografía doppler de extremidades inferiores, haciendo constar que no se evidencian signos de trombosis venosa profunda a nivel femoral ni a nivel poplíteo en la exploración realizada en el miembro inferior derecho. Se advierte marcada ateromatosis con placa blanda y posible trombosis en arteria poplítea, aconsejándose realizar valoración arterial.

El 2 de marzo de 2023, es atendido en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular por dolor en la pierna derecha, frialdad y palidez en ambos pies y parestesias y acorchamiento de pie derecho. Se le practican diversas pruebas y es diagnosticado de isquemia aguda del miembro inferior derecho, grado 2 A, de cinco días de evolución, y de oclusión poplítea derecha. También se le practican pruebas en el miembro inferior izquierdo, dado que la embolia se produce tras la retirada de un tratamiento anticoagulante, para practicar el procedimiento urológico, ya mencionado. De hecho, se observan *“oclusiones trombóticas de tibial posterior izquierda”*. Se hace constar: *“troncos distales permeables con marcada ateromatosis de la TP”* (tiempo de protrombina).

Se programa la intervención para el día siguiente, 3 de marzo de 2023, pese a que el resultado de la prueba de COVID ha sido positivo.

Los documentos pertinentes aluden a la operación en la pierna derecha, pero el informe del Servicio de Anestesia de ese mismo día se refiere a la isquemia aguda del miembro inferior izquierdo (página 25 del expediente).

Figuran dos intervenciones: una con entrada a las 11:16 horas y salida a las 12:40 horas, en la que se interviene la pierna izquierda, y otra con entrada a las 14:25 horas y salida a las 14:45 horas, en la que se interviene la pierna derecha. En ambos casos, con anestesia general se exploran quirúrgicamente los trípodas poplíteos para embolectomía. En el miembro inferior izquierdo, se obtiene escaso material embólico en tibial posterior. En el miembro inferior derecho, aparece un trombo con aspecto típico de émbolo cardiogénico que ocupa toda la tercera porción de poplíteo y el primer segmento de tibial anterior y tronco tibioperoneo. Tras el procedimiento, el paciente mantiene pulso tibial posterior izquierdo y recupera pulso pedio derecho.

El día 6 de marzo, es dado de alta. En ese momento, se especifica que mantiene heridas quirúrgicas no complicadas. Se palpa pulso pedio derecho y tibial posterior izquierdo. Se confirma el siguiente diagnóstico principal: isquemia subaguda de miembro inferior derecho y como diagnósticos secundarios: embolias cardiogénicas en arteria femoral profunda derecha, trifurcación poplíteo derecha y arteria tibial posterior izquierda, ateromatosis difusa de troncos distales bilateral y covid positivo paucisintomático (página 48 expediente).

Se le pauta acudir el 16 de marzo de 2023 a la consulta del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, momento a partir del cual retoma sus ciclos de quimioterapia.

El 16 de mayo de 2023 es atendido por el Servicio de Neurología, quien refleja en el correspondiente informe que el paciente refiere que, tras unos cinco o siete días de la intervención, comienza a notar disestesias e hipoestesia, dolor tipo calambre y alodinia en cara anterior interna de ambas piernas desde las rodillas hacia abajo sin involucrar los pies. Por el contrario, no manifiesta pérdida de fuerza, pero sí pérdida de masa muscular. Asimismo, narra sensación de cambio de temperatura y mayor sudoración por la noche.

En la exploración, se aprecia arreflexia universal en el miembro inferior izquierdo, discreta pérdida de masa muscular en cuádriceps y gemelos; alodinia e hipoestesia en cara anterointerna de ambos miembros inferiores y pericicatriz quirúrgica.

Se expone el siguiente juicio clínico: neuropatía sensitiva posquirúrgica en paciente con pancreatitis necrosante, sensitiva posquimioterapia, con base en el cual, se pauta medicación. Se propone practicar una electroneurografía, pero el paciente prefiere esperar a ver evolución.

Del 15 al 22 de septiembre de 2023, es atendido por el Servicio de Cirugía General y Digestiva para tratar el carcinoma que padece.

El 4 de octubre de 2023 acude de nuevo a consulta del Servicio de Neurología donde se aprecian los mismos síntomas. Se hace constar que el paciente se ha realizado el estudio de electroneurografía, durante un ingreso hospitalario programado para el tratamiento quirúrgico de neoplasia de recto, el 19 de septiembre de 2023. Con esta prueba se observan datos de lesión axonal y desmielinizante del nervio safeno bilateral, de grado leve-moderado, algo más acusada en el lado derecho; una lesión crónica en territorio del nervio tibial /S1 derecho, de grado muy leve, sin datos de actividad-evolutividad. El resto de los nervios

explorados presentan parámetros normales. Por ello, se mantiene el diagnóstico y las recomendaciones previas.

El 14 de noviembre de 2023 es atendido por el Servicio de Psiquiatría del mismo hospital por ansiedad y depresión. Se le diagnostica un trastorno adaptativo, después de recoger los diversos antecedentes médicos. Se le da de alta, con seguimiento en Atención Primaria.

El 16 de septiembre de 2024 acude al Servicio de Neurología: en vista de las afirmaciones del paciente, se sustituye el tratamiento médico, sin modificar el juicio clínico.

TERCERO.- Presentada la reclamación se acuerda 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).

El 14 de noviembre de 2023, se notifica al interesado la resolución de inicio del procedimiento.

Asimismo, se solicita la historia clínica, cuyo contenido esencial se ha recogido anteriormente, la documentación referente a la asistencia sanitaria objeto de reproche y los informes de los responsables de los servicios que atendieron al paciente, de conformidad con el artículo 81.1 de la LPAC.

En efecto, figura un informe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario de la Princesa de 23 de noviembre de 2023, en el que se relata la atención recibida y se concluye que, a fecha 9 de septiembre de 2023, *“se observan datos de lesión axonal y desmielinizante del nervio safeno bilateral, de grado leve-moderado, algo más acusada en el lado derecho. Lesión crónica en territorio del nervio tibial /S1 derecho, de grado muy leve, sin datos de actividad-evolutividad”*. Añade: *“El resto de los*

nervios explorados presentan parámetros de electroneurografía normales. Se mantiene el diagnóstico y recomendaciones previas”.

Igualmente, obra un informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, datado el día 1 de diciembre de 2023 (páginas 69 y siguientes del expediente). En él se incluyen, como antecedentes de interés, que el reclamante fue intervenido en febrero de 2023 de pólipos carcinomatosos en la vejiga urinaria, y *“reintervenido de forma urgente, por sangrado con extracción de coágulos y puntos de electrocoagulación. Para realizar este procedimiento se realizó una suspensión temporal de su estado de anticoagulación”.*

Se relata que, con carácter previo a la intervención, *“la exploración física muestra en la pierna derecha un pulso femoral palpable y el resto abolidos con un pie frío y pálido que se acentúa al elevar la extremidad. En la pierna izquierda, se palpan pulso femoral y poplíteo, pero no se palpa pulso pedio. El pie está también frío y pálido, pero con mucha menor intensidad que el derecho (Adjunta imagen).”* Refiere que *“el reclamante ya había acudido al servicio de radiología por su cuenta el día anterior y se le había practicado un eco-doppler venoso que era normal, y la misma mañana del jueves, día 2, se le había realizado un escáner con contraste de la circulación arterial de los miembros inferiores con el siguiente resultado diagnóstico: ... ateromatosis difusa. Eje derecho, integridad iliaca y femoral con oclusión poplíteo distal por trombo y recanalización de tibial anterior que desciende con tenue teñido y oclusión distal. Tronco tibioperoneo distal permeable con ateromatosis difusa en peronea que, con escaso calibre, desciende hasta el pie. Tibial posterior con marcadísima ateromatosis con oclusiones múltiples. Eje izquierdo, integridad iliaca, femoral y poplíteo, troncos distales permables con marcada ateromatosis de tibial posterior”.*

“Se concluye que el paciente presenta un cuadro de Isquemia aguda de la pierna derecha por oclusión trombótica de la arteria poplítea (en la zona de detrás de la rodilla). También padece una ateromatosis difusa que predomina en las arterias distales de ambas extremidades.

Se informa al paciente de que se trata de una isquemia aguda grado II A, (amenaza marginal para la extremidad) y que es un cuadro grave que compromete la supervivencia de la extremidad a corto plazo y que se debe intervenir de forma preferente”.

El informe menciona que. una vez observado que han operado la pierna izquierda, en lugar de la derecha, “salgo a informar a la familia. Les comento que la arteria estaba latiendo y que, como sucede con cierta frecuencia, es probable que el trombo se haya desplazado distalmente debido al empuje del latido, pero que, aun así, hemos podido extraer trombo de las arterias distales”. Una vez repiten la operación en la pierna derecha, constata que “la evolución postoperatoria es normal. El paciente tolera y deambula en plazos habituales y ambas heridas quirúrgicas se encuentran en perfecto estado de cicatrización. La prueba PCR es positiva para COVID, pero el paciente está paucisintomático. Se cambia el tipo de anticoagulante oral por parte del servicio de Cardiología y es dado de alta”.

Respecto de la revisión del día 18 de marzo de 2023, se señala cuanto sigue: “El reclamante no claudica. Tiene pulsos distales palpables a todos los niveles. Comenta sensación de acorchamiento en la zona cicatricial de la herida en MII, que ya ha consultado por su cuenta con Neurología ... y que comenzó ayer a tratarse con gabapentina.

Le explico que en el abordaje empleado suele dañarse de forma leve el nervio safeno interno y que provoca unas molestias sensitivas que la mayor parte de las veces, son transitorias por lo que debemos esperar. Añado Adiro a su medicación y le cito en un mes para revisión.

(...)

Le dejo claro que la confusión de lateralidad no generó ningún daño grave, salvo una cicatriz extra y unas molestias transitorias en la herida quirúrgica. También le explico con detalle que, además, obtuvimos un beneficio quirúrgico ya que extrajimos trombo las arterias distales de la pierna izquierda que quedaron objetivamente más limpias”.

En cuanto a la revisión del día 6 de julio de 2023 se refleja lo siguiente:

“El demandante refiere que no claudica, camina con normalidad, pero que camina menos. Está muy cansado por los ciclos de quimioterapia que lleva, (además de las 25 sesiones de radioterapia con quimioterapia previas). Ahora está en periodo de descanso. Refiere parestesias (acorchamiento) de predominio nocturno en ambos miembros inferiores. Le comento que esos síntomas son característicos de la quimioterapia y que nada tienen que ver con la cirugía realizada.

Presenta pulsos palpables a todos los niveles y eco-doppler arterial normal. Doy cita para revisar en seis meses. No me hace mención al asunto de la reclamación.

En días posteriores, me encuentro varias veces al demandante por el hospital. Desde el punto de vista de exploración de un paciente operado, veo que deambula con total normalidad, yendo y viniendo, incluso subiendo y bajando escaleras. En una de esas ocasiones, me comunica que va a ir a consultas de Neurología otra vez porque cree que padece una Distrofia Simpático Refleja (Atrofia de Sudeck). Le hago ver que por su forma de caminar no parece que sea así”.

Continúa detallando los resultados de las diferentes consultas y refleja unas consideraciones médicas generales y otras, relativas al caso que nos ocupa, antes de mostrar unas conclusiones generales y otras finales más específicas que reproducimos:

“Es evidente que, en el manejo clínico del demandante, se produjo un defecto de praxis, una confusión de lateralidad.

El error de praxis no causó los síntomas por los que el paciente reclama. No hay en la documentación clínica ni un solo dato objetivo que pueda establecer una relación causal cierta y directa entre los síntomas que cuenta el paciente en la actualidad y la actuación equivocada sobre la pierna izquierda.

Existe otra patología concurrente reflejada en el juicio diagnóstico del neurólogo: una polineuropatía sensitiva posquimioterapia, que justifica perfectamente dichos síntomas.

La ausencia de datos objetivables en la historia clínica que avalen las afirmaciones, completamente subjetivas, de la reclamación, hace pensar que estamos ante un caso de exageración de unas molestias postoperatorias leves típicas y frecuentes”.

El 24 de mayo de 2024, el reclamante presenta la misma reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio de Atención al Paciente. El 29 de mayo del mismo año, se le informa de que se está a la espera de informe de la Inspección Sanitaria.

El 14 de febrero de 2025, la Inspección Médica emite informe, concluyendo que la asistencia sanitaria dispensada, *“por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario de la Princesa en marzo 2023 no fue adecuada y de acuerdo a la lex artis en lo referente al error de lateralidad. No pudiendo achacarse las secuelas neuropáticas, exclusivamente a la intervención quirúrgica que ocasionó el error de*

lateralidad, ya que el paciente presentaba previamente esta sintomatología, y no habiendo constancia en la historia clínica de la incapacidad funcional a la marcha normal, posiciones de cucullas, puntillas, alteraciones en la marcha por terreno irregular que manifiesta el paciente en su reclamación”.

Solicitado informe a la compañía aseguradora del SERMAS, con fecha 21 de abril de 2025 concluye que el valor de la posible indemnización alcanzaría la cantidad total de 5.962, 76 euros, resultante de sumar, 1.130, 74 euros, en concepto de cirugía en la pierna izquierda, y 4.832 euros, en concepto de secuelas, calificando como tales, *“la neuropatía sensitiva posquirúrgica en paciente con polineuropatía sensitiva posquimioterapia que según electromiografía son de carácter muy leve y más acusadas en el miembro inferior derecho”.*

El 25 de abril de 2025 se le concede audiencia al interesado, quien, actuando a través de un representante que acredita la representación a través de un poder notarial, presenta el 16 de mayo de 2025 un escrito en el que se reitera en su reclamación, si bien añade a las lesiones y secuelas neurológicas, otras psiquiátricas. Concreta su valoración en 74.421,79 euros, y presenta más documentación consistente en:

- Informe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Princesa, de fecha 14 de noviembre de 2023, según el cual, con motivo de una consulta por ansiedad y depresión, se le diagnostica un trastorno de adaptación. Es dado de alta, recomendando ejercicio y su seguimiento por el médico de Atención Primaria.

- Informe pericial de 30 de septiembre de 2024, emitido por un médico especialista en Psiquiatría, que refiere haber atendido al paciente el 12 de abril de 2023. Resume la evolución psiquiátrica, concluyendo que padece un trastorno por estrés postraumático, del siguiente modo: *“Dado el tiempo transcurrido desde la exposición al evento traumático, se*

puede concluir que el cuadro se ha cronificado con mala evolución y pronóstico y de incierta reversibilidad, debiendo continuar en tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico”.

- Informe de 14 de mayo de 2025 emitido por un catedrático de Psiquiatría que ha entrevistado al reclamante, en fecha que no concreta, y concluye que *“como la situación clínica y psicosocial del paciente es de origen multifactorial, su tratamiento debe ser multidimensional incluyendo medidas biológicas (tratamiento farmacológico) y psicosociales y de larga duración (psicoterapia, rehabilitación física y cognitiva). Esto adecuado a las necesidades individuales”.*

- Informe pericial de 20 de febrero de 2025 emitido por un doctor en Psiquiatría, quien, tras un examen de cuatro horas al paciente, considera que este padece *“un síndrome grave de tipo neuropático, ya explicado más arriba, que produce todo tipo de sensaciones, hiperestesias, alodinas etc., de carácter postquirúrgico por error médico de irreversible curación que le imposibilita gravemente su vida normal, familiar, sus horas de descanso etc., sin poder verse salida a esta situación bajo el punto de vista médico, y como consecuencia de todo esto, una grave situación psiquiátrica en forma de depresión grave, trastorno por estrés postraumático severo, dificultad para adaptarse a la vida de manera gravísima y en condiciones fatales para el día a día, pues se le rompió su normalidad para hacerlo un hombre muy enfermo y dependiente médica y socio familiarmente.*

Todo ello como una clara relación de causalidad, causa-efecto por la intervención por error quirúrgico al abrir la pierna izquierda, cuando se debía haber abierto la derecha, que también está explicado. De carácter grave, y situaciones de ansiedad, tristeza, anhedonia, y falta de una vida normal, con una evolución muy tórpida.”

- Informe emitido por un doctor especializado en Oncología Médica, el 30 de abril de 2025, que refleja el tratamiento pautado al reclamante a consecuencia del cáncer de colon. Hace constar que *“presentó*

polineuropatía sensitiva, grado 1/2, a nivel de ambas manos, sin afectación en miembros inferiores. No requirió tratamiento específico ni interconsulta con Neurología. Dichos síntomas, en las revisiones realizadas y hasta la fecha, 30/04/2025, ya prácticamente han desaparecido.

En la actualidad presenta alteraciones neurológicas derivadas de cirugía vascular sobre miembros inferiores realizada en 2023, y en tratamiento por Servicio de Neurología H U de la Princesa”.

- Informe pericial de un médico especialista en Medicina y Cirugía de 30 de abril de 2025, en el que valora el alegado perjuicio físico y personal sufrido por el reclamante.

Con fecha 24 de julio de 2025 la compañía aseguradora del SERMAS informa de que no ha podido acercar posturas con el reclamante y cuantifica los daños en 12.340,45 euros, correspondientes al siguiente desglose:

Cirugía: 1.130, 74 euros, más 89, 27 euros de perjuicio particular (total: 1.220, 01 euros).

Secuelas: se observa que, a diferencia del primer informe, se añaden unas secuelas del sistema nervioso, valoradas en 5 puntos y el perjuicio estético se valora en 5 puntos (anteriormente en 3 puntos). Por ello, valora las secuelas en un total de 11.120, 44 euros.

Comunicado este informe al reclamante, confirma su reclamación.

Por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud se elabora el 17 de octubre de 2025, la oportuna propuesta de resolución en la que se interesa estimar parcialmente la reclamación interpuesta, reconociendo al reclamante una indemnización de 12.340,45 euros, sin perjuicio de su actualización.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 30 de octubre de 2025 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 598/25, a la letrada vocal, Dña. M^a Elena López de Ayala Casado, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 10 de diciembre de 2025.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 la consejera 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1,

con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada fue dispensada por el Hospital Universitario de la Princesa, centro sanitario integrado en la red sanitaria del SERMAS.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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”*.

En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone el 6 de noviembre de 2023, constando en las actuaciones que la operación objeto de reproche tuvo lugar el 3 de marzo de 2023, por lo que debe entenderse que la reclamación se ha interpuesto dentro del plazo fijado al efecto.

Respecto del procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el

servicio médico que intervino en la asistencia sanitaria reprochada, esto es, el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. También se ha solicitado informe al Servicio de Neurología, en cuanto servicio que atendió al paciente de las secuelas que imputa a la mala praxis de la Administración.

Además, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente. Igualmente, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, en los términos expuestos, de conformidad con las alegaciones que el interesado hizo en un primer momento. Es destacable que no se pronuncia sobre las secuelas psiquiátricas, en cuanto fueron alegadas con posterioridad, durante el trámite de alegaciones.

Igualmente, se ha conferido trámite de audiencia a los interesados, incluyendo a la compañía aseguradora del SERMAS. Finalmente, se redactó la propuesta de resolución, en sentido parcialmente estimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: 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.

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 de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 664/2025, de 7 de julio (procedimiento ordinario 142/2023), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

“(entre otras muchas, la STS de 9 de diciembre de 2008) tiene declarado que *"(...) el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no impide que para su exigencia, como señala la sentencia de 7 de febrero de 2006, sea imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. A tal efecto, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, lo que supondría convertir a la Administración en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, siendo necesario, por el contrario, que esos daños sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de la Administración (Ss. 14-10-2003 y 13-11-1997). La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994 , que cita las de 19 enero y 7 junio 1988 , 29 mayo 1989 , 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993 , según la cual: "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar" (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30- 10-2003).*

Se ha de precisar que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia

ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico - STS de 14 de octubre de 2002, con cita de la de 22 de diciembre de 2001.

En este sentido, la STS de 9 de octubre de 2012 declaraba:

"(...) debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9484/2004, con cita de las de 20 de junio de 2007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente

disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la lex artis (...)".

También la STS de 6 de mayo de 2015 (recurso de casación nº 2099/2013) declaraba que:

"...no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente", por lo que "si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido" ya que "la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".

CUARTA.- Del resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

En el caso que nos ocupa queda acreditado en el expediente que el reclamante debía ser sometido a una intervención quirúrgica por un cuadro de isquemia aguda de miembro inferior derecho, y por error, sufrió una confusión de lateralidad, interviniéndose primero la pierna izquierda y a continuación, la derecha.

Del error queda la pertinente constancia en la historia clínica y es reconocido en el informe emitido por el servicio causante del daño. Por su parte, la Inspección Sanitaria afirma que *“es intervenido el 3 de marzo de 2023, ocurriendo un error de lateralidad, se interviene miembro inferior izquierdo, en lugar del miembro inferior derecho”*. Ahora bien, reconoce que *“el error se detecta inmediatamente tras la primera intervención y se interviene seguidamente el miembro inferior derecho. Las dos intervenciones transcurren sin más incidencias y una evolución vascular satisfactoria”*.

Por otra parte, de los informes obrantes en el expediente se desprende que, gracias a la intervención de la pierna izquierda, se obtuvo un beneficio quirúrgico, ya que se le extrajo un trombo en las arterias distales de la pierna izquierda. Asimismo, debe destacarse que también fue operada la pierna derecha inmediatamente.

Por ello, resulta necesario analizar si realmente se produjo o no un daño al reclamante.

QUINTA.- Para ello, contamos como elementos probatorios, con la historia clínica, con los diversos informes periciales de parte, con los informes de los servicios que atendieron al paciente, y con los dos informes periciales de valoración del daño emitidos por la aseguradora con fechas 21 de abril y 24 de julio de 2025, a solicitud del SERMAS.

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 de la Sala de lo Contencioso Administrativo 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 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 (...).”

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, *“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”*.

La Sentencia de la Sala de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 664/2025, de 7 de julio (procedimiento ordinario 142/2023), más reciente, determina que *“dentro de esta actividad probatoria opera con especial relevancia la prueba pericial. No se escapa que para poder apreciar si concurre o no defectuosa praxis o lex artis ad hoc, se hace necesario analizar y valorar la técnica médica empleada en cada supuesto y para ello es necesario un estudio técnico para el que se exigen conocimientos médicos específicos. La aportación de dichos conocimientos solo puede realizarse a*

través de una prueba pericial que tiende a convertirse en muchos supuestos, en el centro del recurso. La trascendencia de la prueba pericial se aprecia con más intensidad en supuestos en los que la estimación o no de la reclamación depende de que se determine si se ha producido una violación o no de la lex artis; y a partir de ahí, concluir si el daño reúne la condición de antijurídico, o si debe entenderse que es una consecuencia inherente al padecimiento mismo de la enfermedad y que, por tanto, no debe dar lugar a indemnización.

En la valoración de esta prueba, existe una constante doctrina jurisprudencial que se expresa, entre muchas otras, en la sentencia de esta Sala y Sección de fecha 30 de diciembre de 2014, citando la jurisprudencia del TS: "Finalmente, no puede desconocerse que para la determinación de la existencia de posibles infracciones de la lex artis se requieren especiales conocimientos de la ciencia médica que deben ser facilitados por técnicos especializados en la materia. En tal sentido, la jurisprudencia viene sosteniendo que la valoración de los informes periciales o de técnicos peritos requiere un análisis crítico de los mismos, incumbiendo al órgano judicial valorar los datos y conocimientos expuestos en ellos de acuerdo con los criterios de la sana crítica que determina el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, y debiendo atender a la fuerza probatoria de los dictámenes con base en la mayor fundamentación y razón de ciencia aportada, y conceder, en principio, prevalencia a aquellas afirmaciones o conclusiones que vengan dotadas de una mayor explicación racional. Y precisa que el principio de libre valoración de la prueba pericial permite al Juez o Tribunal decantarse por uno u otro dictamen en función de su fuerza técnica, generadora de convicción, sin que ello suponga valoración arbitraria o contraria a las reglas de la sana crítica [sentencias del Tribunal Supremo, Sala 3ª, de 20-11-2012 (recurso 5870/2011) y 21 de diciembre de 2012 (4229/2011)]".

Según lo indicado, deberemos analizar la solvencia y fundamentación de las valoraciones técnico-médicas incorporadas al expediente, ya que son contradictorias.

Analizaremos separadamente las lesiones atribuidas a la mala praxis. Primero, las lesiones nerviosas en ambos miembros inferiores y la alegada incapacidad funcional de estos y en segundo, y pese a la apreciada prescripción, las secuelas psiquiátricas.

En relación con las alegadas lesiones nerviosas en ambos miembros inferiores desde la rodilla, en forma de parestesias, anestias, alodinia e hiperpatía, y respecto a la alegada incapacidad funcional a la marcha normal, posiciones de cuclillas, puntillas, alteraciones en la marcha por terreno irregular, el responsable del Servicio de Neurología, transcribiendo los datos de las distintas consultas, determina que el 23 de noviembre de 2023 *“se observan datos de lesión axonal y desmielinizante del nervio safeno bilateral, de grado leve-moderado, algo más acusada en el lado derecho. Lesión crónica en territorio del nervio tibial / S1 derecho, de grado muy leve, sin datos de actividad-evolutividad.*

Resto de nervios explorados presentan parámetros de electroneurografía normales. Se mantiene el diagnóstico y recomendaciones previas”.

Es destacable que durante el tiempo en que es tratado, le proponen la práctica de una prueba, una electroneurografía que el propio paciente retrasa hasta que *“motu proprio”*, le es practicada, el 19 de septiembre de 2023, durante un ingreso hospitalario a consecuencia del cáncer que padece. Ello denota la intervención del reclamante en el tratamiento recibido.

Por otro lado, el jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, después de recoger que el paciente no claudica, refleja que *“durante la exploración física, se viste*

y desviste sin problemas, sube y baja los escalones del altillo de exploración (que son altos de más de 30 cm) con toda soltura y se agacha a recoger un paquete de kleenex sin ningún tipo de limitación”. O en el mismo sentido, hace constar, respecto de otra revisión posterior: “El demandante refiere que no claudica, camina con normalidad, pero que camina menos. Está muy cansado por los ciclos de quimioterapia que lleva, (además de las 25 sesiones de radioterapia con quimioterapia previas). Ahora está en periodo de descanso. Refiere parestesias (acorchamiento) de predominio nocturno en ambos miembros inferiores. Le comento que esos síntomas son característicos de la quimioterapia y que nada tienen que ver con la cirugía realizada.

Presenta pulsos palpables a todos los niveles y eco-doppler arterial normal.

(...)

En días posteriores, me encuentro varias veces al demandante por el hospital. Desde el punto de vista de exploración de un paciente operado, veo que deambula con total normalidad, yendo y viniendo, incluso subiendo y bajando escaleras. En una de esas ocasiones, me comunica que va a ir a consultas de Neurología otra vez porque cree que padece una Distrofia Simpático Refleja (Atrofia de Sudeck). Le hago ver que por su forma de caminar no parece que sea así”.

En relación con las mismas secuelas, la Inspección Médica sostiene que “el paciente presentaba previamente a la intervención polineuropatía sensitiva leve posquimio/radioterapia con la que había sido tratado en 2020, y que posterior a la intervención está recibiendo otro tratamiento de quimio/radioterapia por un nuevo cáncer de recto.

En todo caso las secuelas en miembro inferior derecho, si fuesen consecuencia de la intervención vascular, venía recogido en el documento

del consentimiento informado firmado por el paciente” y a continuación recoge las conclusiones del Servicio de Neurología, concluyendo que “las secuelas neuropáticas, no pueden achacarse exclusivamente a la intervención quirúrgica que ocasionó el error de lateralidad, ya que el paciente presentaba previamente esta sintomatología, y no habiendo constancia en la historia clínica de la incapacidad funcional a la marcha normal, posiciones de cuclillas, puntillas, alteraciones en la marcha por terreno irregular que manifiesta el paciente en su reclamación”.

De hecho, explica que dichas complicaciones neurológicas pueden deberse a la toxicidad de la quimioterapia y radioterapia:

«Las complicaciones neurológicas ocurren por toxicidad directa sobre el sistema nervioso o indirecta por alteraciones metabólicas o cerebrovasculares. Las posibles complicaciones incluyen la encefalopatía aguda, cefalea, convulsiones, pérdida de visión, mielopatía, demencia, neuropatía y síndrome cerebeloso agudo.

La neuropatía periférica, es la toxicidad neurológica más frecuente. La mayor incidencia se da con los platinos, alcaloides de la vinca, bortezomib y taxanos. Principalmente, causan una afectación sensitiva simétrica, distal en “guantes y calcetines”, presentan dolor, alteraciones funcionales incapacitantes y una disminución de la calidad de vida.

La neuropatía es dosis-dependiente, por lo que mejora de manera gradual al suspender la quimioterapia, aunque la recuperación puede ser incompleta e irreversible en el 20% de los casos. No se dispone de tratamientos preventivos eficaces. Una vez aparece, si es leve, se recomienda reducir la dosis de la quimioterapia y si es grave, retrasarla o suspenderla. Como tratamiento sintomático se recomienda duloxetina, aunque su beneficio es modesto. Ante las limitadas opciones terapéuticas se utilizan fármacos eficaces en otras neuropatías (gabapentina/pregabalina y amitriptilina). El tratamiento

debe asociarse a analgesia siempre que sea preciso. Se recomienda llevar ropa y calzado holgado para evitar el roce, controlar la temperatura del agua y protegerse con guantes y calcetines. Hipersensibilidad: Puede manifestarse en forma de eritema y dolor en áreas fotoexpuestas a los rayos ultravioletas. Se recomienda protegerse de la exposición solar mediante uso de ropa y filtros solares que contengan óxido de zinc. El tratamiento incluye antihistamínicos y corticoides tópicos.

Muchos individuos desarrollan toxicidad neurológica atribuible al cisplatino, normalmente una neuropatía sensorial periférica y ototoxicidad. La neuropatía sensorial periférica y la posible disfunción autonómica han sido bien descritas después de la administración de cisplatino. El cisplatino sigue siendo detectable años después de su administración y los pacientes con altas concentraciones séricas años después del tratamiento tienen un riesgo más alto de desarrollar parestesias, acúfenos y el fenómeno de Raynaud.

Un aspecto muy relevante es la afectación del SNP o neuropatía periférica inducida por la quimioterapia, conocida como CIPN (Chemotherap-induced peripheral neuropathy) que no es sino el efecto adverso más significativo, problemático y que limita la dosis del tratamiento quimioterápico con fármacos como: cisplatino, oxaliplatino, taxanos, alcaloides de la vinca, talidomida y bortezomid. Tiene un alto impacto sobre la calidad de vida y sus actividades de la vida diaria. Afecta a un 7% de los pacientes tratados con un solo fármaco y llega al 38% en los tratados con múltiples fármacos, por lo que en muchos casos es causa de abandono del tratamiento. Aunque hay factores individuales y genéticos que predisponen a padecer neuropatía por determinados fármacos (vincristina), parece que hay factores que pueden condicionar su aparición como diabetes, toxicidad por alcohol o neuropatías hereditarias.

La CIPN se presenta con síntomas sensitivos como parestesias, adormecimiento, dolor y descargas eléctricas (signo de Lhermitte) que persisten o empeoran semanas, o meses incluso, tras interrumpir el tratamiento. En cuanto al dolor, es un síntoma muy importante que puede aparecer en cualquier fase de la neuropatía. Es muy intenso en la mayoría de los pacientes y puede expresarse tanto como una sensación de quemazón como una sensación dolorosa sorda o, a veces, como pulsos intermitentes de dolor. En ocasiones presentan alodinia o sensación dolorosa ante un estímulo que en condiciones normales no sería interpretado como doloroso. Esta circunstancia es frecuente tras el tratamiento con cisplatino y se acompaña de mialgias, calambres musculares y, en algunos casos, empeoramiento con la actividad física. En el caso de otros análogos de platino, se ha observado un fenómeno llamado coasting que consiste en un progresivo empeoramiento de la sensación dolorosa hasta 6 meses después de interrumpir el tratamiento».

Por su parte, el interesado presenta un informe de 30 de abril de 2025, de un doctor en Oncología Médica, quien reconoce que, tras el tratamiento del cáncer de colon, el interesado presentó una polineuropatía sensitiva, grado 1/2, a nivel de ambas manos, sin afectación en miembros inferiores. Entendemos que este informe resulta impreciso, en cuanto no recoge ni cuándo trató al paciente, ni cuánto tiempo. Sólo alude a un cáncer, cuyo tratamiento de quimioterapia terminó el 3 de marzo de 2021, pero no menciona otros tratamientos oncológicos posteriores.

Por lo expuesto, consideramos que no queda acreditado que las lesiones neurológicas sean debidas a la indebida intervención en la pierna izquierda. Esto es, de una valoración conjunta de los informes médicos aportados, según las reglas de la sana crítica, y los antecedentes clínicos señalados, en atención a las circunstancias concurrentes, no podemos concluir que las referidas secuelas sean imputables al error de

lateralidad, pues consta que los síntomas eran anteriores a la intervención, y compatibles con otros tratamientos previos, simultáneos y posteriores a aquella, e incluso con la necesaria intervención de la pierna derecha, a la que el interesado prestó su consentimiento. A mayor abundamiento, debemos destacar que el interesado intervino directamente en la prescripción del tratamiento y de una prueba, relacionada con las referidas secuelas.

En segundo término, debemos aludir a los alegadas lesiones y secuelas psiquiátricas. Es destacable que no fueran mencionadas en el primer escrito presentado, pese a que se dice que ya fue atendido por ellas, en una consulta puntual, el 12 de abril de 2023, de la que no queda constancia. Sólo fueron mencionadas en el escrito presentado el 16 de mayo de 2025.

De los antecedentes obrantes en el expediente, figuran múltiples causas que pudieran originar la alegada depresión o ansiedad: aparición de nuevos tumores malignos, necesidad de suspender medicación para impedir coagulación, antecedentes familiares de muerte súbita o aparición de trombos en la sangre, sin que quepa atribuirlos a la intervención sino a las graves patologías que presentaba el paciente. Igualmente debemos subrayar que los informes de diferentes psiquiatras, aportados en mayo de 2025, no son de profesionales que hayan tratado al reclamante, sino simplemente evalúan los informes previos.

Por ello, entendemos que no quedan acreditados los perjuicios psiquiátricos que se reclaman.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, por no apreciarse daños antijurídicos derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario de La Princesa.

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

Madrid, a 10 de diciembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 663/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid