



Dictamen nº 319/2023

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de noviembre de 2023, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 15 de mayo de 2023 (COMINTER núm. 124752) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 16 de mayo de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_171), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 29 de marzo de 2017 un abogado, actuando en nombre y representación de D.^a X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que su mandante, de 57 años, ingresó el 15 de mayo de 2016 en el Hospital General Universitario Rafael Méndez (HGURM) de Lorca para someterse a una hysterectomía abdominal total con doble anexectomía por quiste ovárico izquierdo y mioma uterino. Añade que firmó el correspondiente documento de consentimiento informado el día 3 de dicho mes.

Relata que la intervención se llevó a cabo al día siguiente y que se empleó anestesia general y, además, anestesia epidural. No obstante, advierte que no firmó ningún documento relativo a la administración de la referida anestesia epidural.

De igual modo, destaca que el 21 de mayo de 2016 se le concedió el alta, y que en el informe correspondiente se advierte que durante el postoperatorio inmediato la interesada presentaba un cuadro de cefalea e íleo paralítico, probablemente post-punción epidural. Además de estos síntomas, el abogado resalta que su representada también se quejaba de que no podía mover la pierna derecha, aunque esa circunstancia no aparece recogida en el informe citado.

Como no mejoraba, por indicación de su médico de Atención Primaria se le realizó una electromiografía el 16 de junio siguiente. Gracias a esa prueba, se constató *“pérdida de fuerza de MID [miembro inferior derecho] tras epidural, y datos sugerentes de lesión neurógena crónica-secuelar en miotoma L1-L2 derecho”*.

Seguidamente, el abogado relata que en el curso del postoperatorio se le tuvo que asistir a la interesada en varias ocasiones, en el Servicio de Urgencias del HGURM, por cefaleas, debilidades extremas y bajadas de tensión. De hecho, explica que el 15 de julio sufrió cefalea y que se le efectuó una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral, que no ofreció datos concluyentes. De igual modo, se llevaron a cabo 4 intentos para realizarle una punción lumbar y descartar que padeciera meningitis. Sin embargo, señala que, inmediatamente después, experimentó una fuerte dificultad para mover la pierna izquierda, acompañada de fuertes dolores.

El letrado destaca, asimismo, que ese hecho se refleja en las notas de evolución correspondientes al 18 de julio de 2016 del siguiente modo: “*destaca debilidad en EII [extremidad inferior izquierda] referida por la paciente desde el 15/07/2016 (tras punción lumbar en área de urgencias)*”. También resalta que en dichas notas de evolución se menciona que la debilidad persistía en los días posteriores.

Por esa razón, el 20 de julio de 2016 acudió a revisión en el Servicio de Rehabilitación del HGURM, y en el informe se da cuenta de que tuvo que acudir en silla de ruedas por la debilidad que experimentaba a nivel de la cintura pélvica, por el dolor que irradiaba a las extremidades inferiores. El diagnóstico fue “*radiculopatía L2-L3-L4 tras anestesia raquídea, debilidad de EII instaurada con posterioridad, como antecedente de esta última punción lumbar precisando 4 intentos*”.

Por otro lado, el 27 de julio de 2016 se le efectuó un uro-TAC ante la sospecha de que la reclamante sufriera una uropatía obstructiva izquierda. Dos días más tarde, esto es, el 29 de julio, se emitió informe en el que se mencionan los siguientes diagnósticos: “*plexopatía lumbosacra superior bilateral leve de origen iatrogénico: neuropatía en lado derecho y neuropatía vs axonotmesis en lado izquierdo. Debilidad Condicionada por lo anterior + espondiloartropatía lumbar + probable componente funcional defensivo por dolor lumbar*” y “*obstrucción ureteral distal iatrogénica*”.

Con posterioridad, se confirmó tanto la existencia de la obstrucción de uréter como su origen iatrogénico en una hoja de interconsulta al Servicio de Urología. La referida causa iatrogénica consistió en que, durante la intervención de 16 de mayo anterior, se le cosió el uréter. Como consecuencia de ello, se le colocó a la interesada un catéter de nefrostomía que llevó durante meses. Además, se le tuvo que someter a una ureterocistoneostomía izquierda. Sin embargo, la reclamante considera que esa complicación era también previsible y evitable con el empleo de una técnica médica estándar.

Finalmente, relata que su representada sigue sometida a tratamiento rehabilitador. No obstante, advierte que la pierna derecha apenas si ha mejorado y que las expectativas de recuperación de la movilidad y mitigación del dolor son mínimas, lo que condiciona su autonomía y le imposibilita la realización de las tareas básicas de la vida ordinaria. Además, su estado de ánimo también se ha visto afectado, por lo que se le ha tenido que prescribir un tratamiento antidepresivo con *Venlapine*.

Así pues, el abogado solicita que se indemnice a su mandante con la cantidad que en su momento se determine, que deberá actualizarse con arreglo a las previsiones legales que resulten de aplicación.

En relación con los medios de prueba de los que pretende valerse, solicita que se traigan al procedimiento las historias clínicas completas de la interesada, que se encuentran depositadas en numerosos centros -públicos y privados-, y los informes de los facultativos que la atendieron y el de la Inspección Médica.

Junto con la solicitud de indemnización acompaña las copias de diversos documentos de carácter clínico y de la escritura del apoderamiento conferido en su favor por la reclamante.

SEGUNDO.- La solicitud de resarcimiento se admite a trámite el 6 de abril de 2017 y el día 11 de ese mes se informa de ese hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual modo, ese último día se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud III-HGURM y I-Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia que remitan las copias de las historias clínicas de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que atendieron a la interesada.

Esa misma solicitud de documentación e información se dirige a las Direcciones Médicas del Hospital *Mesa del Castillo* de Murcia, del Hospital *Virgen del Alcázar* de Lorca y del Hospital de Molina de Segura.

TERCERO.- Con fecha 20 de abril de 2017 remite la responsable del Servicio de Atención al Usuario del Hospital de Molina un escrito en el que explica que la única prestación que se le dispensó a la reclamante consistió en una electromiografía que se le realizó el 25 de julio de 2016, de la que se adjunta copia.

CUARTO.- A solicitud de la Dirección Médica del Hospital *Mesa del Castillo* de Murcia, un responsable de la mercantil *Resonancia Magnética del Sureste, S.A.* envía una comunicación el 27 de abril de 2017 en la que

informa de que sólo figuran en sus archivos los estudios de Resonancia Magnética (RM), cerebral y de columna lumbar, fechados los dos el 22 de julio de 2016, que se le realizaron a la interesada, cuyas copias adjunta.

QUINTO.- El 12 de mayo siguiente se recibe la copia de la documentación clínica que se encuentra depositada en el HUVA y el informe realizado el día 8 de dicho mes por el Dr. D. Y, Jefe de Servicio de Urología.

En este documento se reconoce que la paciente fue derivada a su Servicio para efectuarle un reimplante ureteral, el 14 de septiembre de 2016, “por ligadura ureteral izquierda iatrogénica”,

También se expone que 72 horas después de la histerectomía “con epidural presenta disfunción en MMII, siendo diagnosticada de plexopatía lumbosacra bilateral leve de origen iatrogénico. En el contexto de la realización de pruebas de imagen por lo anterior, se encuentra: UROTAC - ureterohidronefrosis izquierda - uréter tortuoso y dilatado hasta tercio distal, a nivel aproximado de S2, donde existe un cambio de calibre brusco. Hidronefrosis izquierda GII-III sin eliminación de contraste. JC: posible obstrucción ureteral distal izquierda iatrogénica. Colocación de nefrostomía izda. en julio de 2016, funcionante.

Se realiza pielografía anterógrada izquierda que informa de: estenosis- obstrucción a nivel de uréter distal izquierdo.

(...)

Se realiza cambio de catéter de nefrostomía previo a cirugía, el 3-11-2016 y el 11-1-2017, por servicio de RVI [Radiología vascular intervencionista], sin incidencias.

Ingreso el 20-02-2017 para cirugía.

(...)

La paciente presenta una evolución posquirúrgica satisfactoria...”.

SEXTO.- El 16 de mayo de 2017 se demanda al representante de la mercantil *Affidea (Q-Diagnóstica)* que envíe una copia de los informes que se emitieron en relación con las pruebas de imagen que se le efectuaron a la interesada.

SÉPTIMO.- La instructora del procedimiento recibe el 22 de mayo de 2017 un escrito remitido por la Directora Gerente del Hospital *Virgen del Alcázar* de Lorca. Con ella acompaña una copia de la historia clínica de la reclamante, que guarda relación con la electromiografía que se le efectuó el 1 de junio de 2016.

OCTAVO.- El 6 de junio de 2017 se reitera a la Dirección Gerencia del Área de Salud III-HGURM la solicitud de documentación e información que se había cursado el 11 de abril anterior.

NOVENO.- Con fecha 12 de junio de 2017 se envía al órgano instructor una copia de la documentación clínica relativa a la asistencia que se le dispensó a la reclamante con ocasión del episodio que sufrió el 16 de mayo de 2016. De igual modo, se aportan cuatro informes médicos.

El primer informe es el realizado el 27 de abril de 2017 por el Dr. D. Z, Jefe del Sección de Ginecología del Área

de Salud III-HGURM, y en su contenido es el siguiente:

"1. La paciente se intervino de Histerectomía abdominal total con doble Anexectomía, por el diagnóstico de Quiste de Ovario izquierdo, con sospecha de benignidad, dado que presentaba marcadores tumorales dentro de la normalidad y Ecografía Doppler sin mapa color anormal. Previamente había presentado sangrado, por lo que se realizó Biopsia endometrial, que resultó negativa para malignidad.

2. En todo lo concerniente a la indicación de tipo de anestesia, tengo que decir que esto depende exclusivamente del servicio de Anestesiología y Reanimación.

En cualquier caso, en las intervenciones abiertas, realizadas con anestesia general -como es el caso-, el anestesista coloca en muchas ocasiones un catéter epidural, para la administración de analgesia en el postoperatorio.

3. Las complicaciones del proceso anestésico no dependen de nuestro servicio, y en caso de detectar cualquier problema en el postoperatorio, se realiza por nuestra parte hoja de consulta al servicio de Anestesiología y Reanimación.

4. En cuanto a la intervención, se realizó una cirugía reglada, según técnica habitual, con la única dificultad de que presentaba adherencias por cirugía anterior, que como se describe en el protocolo quirúrgico, se liberaron sin gran dificultad, realizando posteriormente la Histerectomía, sin complicaciones intraoperatorias.

5. Durante el postoperatorio no se presentaron síntomas que nos hicieran sospechar la existencia de un posible atrapamiento del uréter terminal, complicación esta que está descrita como poco frecuente. Su origen está en que para la cirugía realizada no es preciso visualizar el uréter durante el acto quirúrgico, y en ocasiones puede tener algún trayecto anómalo, que lo desplace de su situación habitual, y ser este el factor causante de la incidencia/complicación. Habitualmente se produce cuadro de dolor cólico desde la fosa renal, irradiado hacia trayecto ureteral, similar a un Cólico Nefrítico, lo que de haberse presentado nos hubiese inducido a realizar estudio ecográfico renal y de vía urinaria para descartar dicho proceso.

6. El diagnóstico y posterior tratamiento inicial (Nefrostomía de descarga), fue realizado por el servicio de Urología, que solicitó Urotac, que diagnosticó la patología. Esta intervención se realizó el 28/7/2016, dos meses tras la cirugía, lo que me hace pensar que en ese tiempo la paciente no refirió síntomas compatibles con ese diagnóstico.

7. En el informe de alta se refiere a la paciente que en caso de cuadro urgente tras el alta acudiese al Servicio de Urgencias de este Hospital, y no me consta que haya sido solicitado desde urgencias asistencia por el Servicio de Ginecología.

8. La última revisión se realizó en Octubre 2016 (...), donde nos consta que había sido realizada Nefrostomía, y no hallando otras complicaciones ginecológicas en dicha revisión.

9. Por esta reclamación sabemos que se intervino de reimplantación ureteral, en HUVA, con buenos resultados.

10. Adjunto copia de informes de ingreso y alta de hospitalización, protocolo quirúrgico, informe de consulta externa (revisión postquirúrgica), así como informe de consulta externa de Urología, donde se envía a Murcia para tratamiento, a petición de la paciente.

11. En cuanto a la propia reclamación, aceptamos que ha habido una complicación quirúrgica (no negligencia ni mala praxis) en una cirugía habitual, que le ha causado molestias importantes a la paciente, y que ha precisado una derivación (Nefrostomía percutánea) y posteriormente una cirugía para reimplantación de uréter. Creo que la asistencia por nuestro Servicio ha sido totalmente correcta...".

El segundo informe es el elaborado el 28 de abril de 2017 por el Dr. D. P, Jefe de Sección de Urología del HGURM. En él relata que el 28 de julio de 2016, después de que se le hubiera practicado a la reclamante una histerectomía abdominal, se les consultó por la ureterohidronefrosis izquierda que padecía. Por ello, explica que el 28 de julio se le colocó una nefrostomía “para derivación urinaria externa y completar estudio de stop ureteral, posiblemente secundario a iatrogenia quirúrgica. El día 18/08/16 se pide urografía intravenosa para planificar tratamiento quirúrgico (ureteroneocistostomía/reimplante ureterovesical), explicándose a la paciente el proceso a realizar.

El día 07/09/16 la paciente acude a consulta externa de Urología refiriéndonos que si es posible la cirugía que tenía pendiente por nuestro servicio (reimplante ureterovesical) desearía que se realizase en el HUVA, y con la autorización de la Dirección Médica se envía a ese Servicio.

El día 21/02/17 se realiza reimplante ureterovesical en dicho hospital”.

El tercer informe es el suscrito el 5 de mayo de 2017 por el Dr. D. Q, Jefe del Servicio de Urgencias del HGURM. En este documento se expone que “La doctora de urgencias que firma el informe de la segunda asistencia, el día 15 de julio de 2016, se encuentra actualmente de baja por embarazo. Una vez revisados los informes de esta fecha, no existe ninguna anotación de la evolución acerca de quién realiza las punciones lumbares y en qué número se practican éstas”.

También se explica que “en una paciente con espondiloartropatía lumbosacra, como dice padecer en algún apartado del escrito, sean precisas más de una punción hasta obtener acceso al líquido cefalorraquídeo, no cabe colegir, en ningún caso, que es debido a una incorrecta técnica; cuando no, como también afirma, a una vulneración de la Lex Artis.

(...).

Es práctica habitual, máxime en un hospital Clínico Universitario, que si un facultativo no obtiene un acceso en dos punciones lumbares, sea otro, con igual o mayor experiencia, quien lo intente; como puede ser el caso que destaca el escrito de reclamación”.

El cuarto y último informe es el elaborado el 12 de mayo de dicho año por el Dr. D. R, Jefe del Sección de Anestesiología y Reanimación del Área de Salud III-HGURM.

En este documento se explica que la interesada asistió el 5 de mayo de 2016 a la consulta de Anestesia del Hospital en la que se le evaluó con un riesgo anestésico ASA III. Asimismo, añade que “En dicha consulta la paciente fue informada de los riesgos anestésicos y en cumplimiento de la Ley 41/2002, dicha información se realizó por escrito quedando reflejado con la firma de consentimiento informado (doc adjunto 2). Tal consentimiento informado es para realizar acto anestésico con anestesia general y loco-regional (ambas). En dicho consentimiento, en el epígrafe de riesgos más importantes en Anestesia Loco-regional (epidural, subaracnoides, bloqueos periféricos etc.), punto cuarto, dice “lesión del nervio o nervios anestesiados que puede

ser temporal o permanente". Y en el punto 6 refiere "dolor de cabeza".

El día 16/05/2016 se procedió al acto anestésico, realizándose una anestesia combinada (anestesia general y epidural), por considerar ésta la más indicada al tipo de paciente (Doc 3. gráfica de anestesia intraoperatoria). Con ello conseguimos disminuir la cantidad de anestésicos sistémicos empleados y tenemos un acceso más para la administración de fármacos analgésicos ya que la paciente estaba limitada en este aspecto por ser alérgica a las Pirazolonas.

Se presenta consentimiento del día 05/05/2016. (Doc 2). La paciente refiere que se le realiza una Electromiografía en el Hospital Mesa del Castillo el día 25/07/2016 que informa según escrito, como normal.

Se tiene constancia que la paciente fue atendida por nuestro servicio con carácter de urgencia para nefrostomía percutánea el 28/07/2016, firmó nuevo consentimiento y se procedió por nuestra parte a sedación más cuidados anestésicos monitorizados (Doc 5 y 6)".

DÉCIMO.- El 21 de junio de 2017 se envían sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

UNDÉCIMO.- Con fecha 3 de febrero de 2023 se recibe el informe realizado ese mismo día por la Inspección Médica, en el que se expone las siguientes conclusiones:

"1. La paciente con juicio diagnóstico inicial de spotting postmenopáusico (sangrado,) quiste trilocular de ovario izquierdo y mioma uterino, fue tratada mediante intervención quirúrgica realizada en el Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, consistente en Histerectomía abdominal total con doble anexectomía (16-05-16).

2. Existe constancia documental de consentimiento informado previo por parte de la paciente para la intervención quirúrgica (03-05-16) de Histerectomía total con doble anexectomía y analgesia con catéter epidural continua lumbar constando consentimiento informado con denominación de anestesia general y loco-regional (05-05-16). La paciente recibió anestesia combinada (anestesia general y epidural).

3. En estudio electromiográfico (16-06-16), -realizado en Hospital Virgen del Alcázar de Lorca, a consecuencia de pérdida de fuerza en miembro inferior derecho tras epidural-, un mes después de la intervención se objetiva en miotoma L1-L2 derecho, datos sugerentes de lesión neurógena crónica secuelar, sin datos de denervación aguda en dicha fecha de realización del estudio.

4. En el consentimiento informado firmado viene recogido el potencial riesgo en anestesia loco-regional de sufrir lesiones del nervio o nervios anestesiados ya de forma temporal o permanente, así como dolor de cabeza, dolor de espalda y dificultad para orinar entre otros. Las complicaciones más frecuentes de bloqueo peridural lumbar son: hipotensión arterial (disminución de tensión arterial por más del 15% del basal), anestesia espinal alta, dolor de espalda, punción dural, retención urinaria, náuseas, lesión vascular o nerviosa, meningitis, absceso cerebral y toxicidad por absorción del anestésico.

5. La paciente recibió asistencia en varias ocasiones (cefaleas, HTA, debilidad extremidades) en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, durante una las cuales (14-07-16. Crisis

hipertensiva) se realizó prueba de punción lumbar que tuvo que repetirse en cuatro intentos al resultar fallidos los tres primeros.

6. La paciente es ingresada para estudio (15-07-16) en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca por cefaleas, cifras tensionales elevadas y debilidad en extremidades inferiores. En exploración electromiográfica y neurográfico realizado en Hospital de Molina (25-07-16) se concluye que no se revelan signos que sugieran la existencia de lesión radicular lumbar en los niveles valorados, L-2 derecho e izquierdo, L-3 derecho e izquierdo y L-4 derecho e izquierdo, sin cuadros neuropáticos subyacentes.

7. Solicitud RM lumbar en el protocolo de estudio de la paraparesia que expresaba la paciente, se detecta en la paciente dilatación de toda la vía excretora izquierda, con gran dilatación de pelvis renal y calicial lo que conduce al diagnóstico tras realizarle TC uro gráfico, de Uropatía Obstructiva Izquierda por lo que es intervenida por Servicio de Urología del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, que realiza a la paciente intervención quirúrgica (28-07-16) consistente en nefrostomía para derivación urinaria externa y solicita completar el estudio sobre la situación de stop ureteral que según se señala en la documentación clínica puede estar causado o ser secundario a una situación de iatrogenia quirúrgica.

8. Figuran como diagnósticos en informe de alta de hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca tras la intervención de nefrostomía los siguientes:

1. Plexopatía Lumbosacra Superior bilateral leve de origen iatrógeno con neuropraxis en lado derecho y neuropraxis versus axonotmesis en lado izquierdo y debilidad condicionada por lo anterior más espondiloatropatía lumbar con probable componente defensivo por dolor lumbar.

2. Obstrucción Ureteral Distal iatrógena.

3. Colocación de Nefrostomía.

4. Cefalea secundaria a crisis hipertensiva.

5. Hipertensión esencial de nuevo diagnóstico.

6. Hipertrigliceridemia.

9. La posibilidad de lesiones vasculares, neurológicas, vesicales, ureterales y/o uretrales en las intervenciones quirúrgicas ginecológicas, tal como la realizada a la paciente (Histerectomía Total y doble anexectomía), están recogidas en la literatura científico médica y reconocidas en el consenso profesional como complicaciones que pueden lamentablemente producirse como así sucedió (Plexopatía Lumbosacra Superior bilateral leve de origen

iatrógeno con neuropraxis en lado derecho y neuropraxis versus axonotmesis en lado izquierdo y debilidad condicionada, Obstrucción Ureteral Distal iatrógena) y por tanto están reflejadas en el consentimiento informado firmado previamente a la intervención como complicaciones específicas de la intervención de histerectomía.

10. En el curso del proceso de seguimiento y control de la situación que presentaba la paciente se decide por parte del Servicio de Urología Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca la realización de cirugía reparadora mediante ureterocistotomía de reimplante ureterovesical que es aceptada por la paciente, quien expresa también su deseo de ser intervenida por el Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, siendo operada el 21-02-17 en dicho centro donde se realizó procedimiento de ureteroneocistostomía izquierda con una evolución post quirúrgica satisfactoria.

11. De la valoración de los hechos no se desprende una mala praxis o la existencia de negligencia, sino la aparición durante todo el proceso de complicaciones poco frecuentes, pero potenciales y posibles que recogen los consentimientos informados y los artículos y publicaciones médicas, y ante las cuales se produjo la adecuada y correcta actuación de respuesta a las mismas".

DUODÉCIMO.- El 8 de febrero de 2023 se concede audiencia a la reclamante para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime pertinentes.

DECIMOTERCERO.- El abogado de la interesada presenta el 16 de febrero un escrito en el que sostiene que se debe estimar la reclamación. En este sentido, destaca que en el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HGURM no discute la existencia de una complicación quirúrgica que ha causado importantes molestias a la paciente, con necesidad de una derivación y una cirugía posteriores para reimplantar el uréter. Y que tampoco se cuestiona en dicho informe la existencia de otras complicaciones.

En segundo lugar, recuerda que en el informe dicho facultativo se refiere que *"durante el postoperatorio no se presentaron síntomas que nos hicieran sospechar la existencia de un posible atrapamiento del uréter terminal"*. Considera, no obstante, que en el informe de alta de 21 de mayo de 2016 se acreditaba que en el postoperatorio inmediato la paciente había presentado un cuadro de cefalea e íleo paralítico, causado, probablemente, tras la punción epidural.

Además de todos esos síntomas, recuerda que la paciente refirió la imposibilidad de mover la pierna derecha y advierte que, sin embargo, eso no se menciona en el referido informe.

En tercer lugar, destaca que en dicho documento se afirma que si se hubiese presentado algún síntoma -que sí se manifestó- ello hubiera motivado la realización de un estudio ecográfico renal y de vía urinaria, lo que no se hizo en ningún momento.

Por último, argumenta que se produjeron daños previsibles y evitables si se hubiese practicado una medicina estándar.

DECIMOCUARTO.- A la vista de las referidas alegaciones, el 21 de febrero de 2023 se solicita a la Inspección Médica que emita un informe complementario.

DECIMOQUINTO.- El 28 de febrero se recibe el informe adicional solicitado a la Inspección Médica, en el que se confirman las conclusiones que se recogen en el informe inicial.

DECIMOSEXTO.- El 14 de marzo de 2023 se concede una nueva audiencia a la reclamante, cuyo abogado alega el día 21 de dicho mes que se ratifica en las que ya expuso con ocasión del anterior trámite de la misma naturaleza.

DECIMOSÉPTIMO.- Con fecha 12 de mayo de 2023 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir todos los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 15 de mayo de 2023, complementado con la presentación de un CD al día siguiente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños físicos por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido 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.

En este supuesto, la reclamante recibió el 21 de mayo de 2016 el alta de la histerectomía con doble anexectomía que se le practicó. Por tanto, con independencia del momento en que se pueda considerar que se produjo la curación, en un caso, y la estabilización, en otro, de las secuelas que alega, es evidente que la acción de resarcimiento se ejercitó el 29 de marzo del siguiente año 2017 dentro del plazo de un año legalmente establecido.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos. No obstante, se advierte que se ha sobrepasado el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPAC, dado que se ha tenido que esperar más de cinco años y medio a que la Inspección Médica emitiera su primer informe valorativo, lo que supone, a todas luces, una dilación indeseable en la tramitación del procedimiento.

Por otro lado, se constata que no se le concedió audiencia a la compañía aseguradora correspondiente.

Es probable que eso se haya producido porque la Administración sanitaria no contase con la cobertura de algún seguro en el momento en que se produjo el hecho dañoso del que aquí se trata. De hecho, se advierte que no se ha traído a las actuaciones ningún informe pericial realizado a instancia de alguna compañía aseguradora. Por tanto, se debe dejar constancia de esta posible circunstancia en la resolución que ponga término al procedimiento.

De otra parte, conviene señalar que, si eso no fuese así y el daño estuviese debidamente asegurado, procedería entonces, antes de dictar la referida resolución, conceder audiencia a la empresa aseguradora, pues también goza de la condición de interesada en el procedimiento, como ya se ha advertido en numerosas ocasiones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también

reconoce “el derecho a la protección de la salud”, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una 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, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

I. Como se ha expuesto, la interesada solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización, que no ha llegado a cuantificar, como consecuencia de las lesiones nerviosas -que se traducen en una pérdida de fuerza manifiesta en las piernas- y urológicas que se le causaron tras someterse a una histerectomía total con doble anexectomía, en el HGURM, el 16 de mayo de 2016. En ese mismo sentido, sostiene que las punciones lumbares que se le realizaron con posterioridad también pudieron afectar negativamente a dicha afección neurológica. Por último, denuncia que no firmó ningún documento de consentimiento informado para que se le administrase anestesia epidural, de lo que se deduce que también denuncia que se le ha ocasionado un daño moral por infracción del derecho de disposición sobre la propia salud.

Pese a ello, la interesada no ha presentado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le permita sostener dichas alegaciones de mala praxis. En este sentido, hay que recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone al actor la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la reclamación.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado al procedimiento la historia clínica completa de la reclamante -tanto los documentos que se encuentran depositados en centros sanitarios públicos como privados- y los informes de los facultativos de distintos Servicios médicos que le asistieron (Antecedente noveno de este Dictamen). Además, se ha traído al procedimiento el informe elaborado por la Inspección Médica (Antecedente undécimo) y un informe complementario posterior (Antecedente decimoquinto), que avala las consideraciones que se recogen en el documento inicial.

II. Conviene resaltar, desde un primer momento, que el Inspector Médico admite en sus informes que se produjeron las complicaciones que ya se han señalado, después de que se le hubiera realizado a la interesada una histerectomía abdominal con doble anexectomía (Conclusión 1^a). Y que se utilizó para ello anestesia combinada, es decir, tanto general como epidural (Conclusión 2^a). De forma destacada reconoce que, lamentablemente, se produjeron en este caso, dos de las complicaciones posibles (Conclusión 9^a).

En primer lugar, una plexopatía lumbosacra superior bilateral leve de origen iatrogénico, con neuropraxis en el lado derecho, neuropraxis versus axonotmesis en el lado izquierdo y debilidad condicionada en los miembros inferiores.

Esa circunstancia motivó que se le realizaran a la interesada varios estudios electromiográficos que dieron cuenta de la existencia de un miotoma L1-L2 derecho. Sin embargo, no se objetivo una lesión radicular lumbar en los niveles valorados, L-2 derecho e izquierdo, L-3 derecho e izquierdo y L-4 derecho e izquierdo (Conclusión 6^a).

No cabe duda de que la lesión secuelar nerviosa descrita obedeció, en este caso, al empleo de anestesia epidural (Conclusión 3^a). De hecho, se sabe que una de las posibles complicaciones del empleo de la anestesia epidural es este tipo de afectación nerviosa.

La segunda complicación que se manifestó, la uropatía obstructiva izquierda, fue consecuencia, asimismo, de una lesión del tracto urinario durante la cirugía ginecológica (Conclusión 7^a). Y es que, con frecuencia, la mencionada cirugía implica la realización de disecciones muy minuciosas en zonas cercanas a la vejiga, el recto, los uréteres y los grandes vasos de la pelvis. La estrecha relación anatómica que existe entre estos órganos hace que, a menudo, se puedan resultar afectados durante la cirugía pélvica.

Así pues, la cirugía del área ginecológica, y de la cavidad pélvica en general, es una situación de riesgo para la aparición de lesiones urológicas. En este sentido, el Inspector Médico determina que estas lesiones se producen en el 0,5-1% de los casos y que pueden ser consideradas inevitables. Pese a ello, a la reclamante se le efectuó una cirugía reparadora mediante ureterocistotomía de reimplante ureterovesical que resultó satisfactoria (Conclusión 10^a).

Pues bien, el hecho de que en esta ocasión se manifestaran las complicaciones referidas no implica que se actuara con negligencia o con infracción de las normas médicas exigibles. Así, se expone en la Conclusión 11^a del informe de la Inspección Médica que, tras valorar la técnica empleada, no se advierte la concurrencia de una mala praxis o de negligencia, sino *“la aparición durante todo el proceso de complicaciones poco frecuentes, pero potenciales y posibles que recogen los consentimientos informados y los artículos y publicaciones médicas, y ante las cuales se produjo la adecuada y correcta actuación de respuesta”*.

De manera concreta, se descarta que la necesidad de tener que repetir las punciones lumbares a la reclamante -hasta que se pudo llevar a cabo finalmente con éxito- supusiera una actuación médica incorrecta o que, por sí misma, ocasionara una lesión nerviosa o empeorase otra anterior. No cabe duda de que esto pudiera acontecer, pero no se ha acreditado mínimamente que hubiese sucedido en este caso. Por este motivo, se explica en el informe que *“De una punción fallida, no puede colegirse necesariamente la provocación de una lesión de forma obligada”*.

Por último, en el documento de consentimiento informado para la histerectomía que firmó la reclamante (folio 3 del expediente administrativo) se advierte de la posibilidad de que se pudiesen producir, como complicaciones, lesiones ureterales o uretrales (apartado 3,c) o de tipo neurológico (3,g).

De igual modo, en el consentimiento informado para anestesia general y loco-regional que también suscribió la interesada se aludía (folio 201) al riesgo de lesión del nervio o nervios anestesiados, de trastornos de la sensibilidad o parálisis de los miembros anestesiados y de dolores de cabeza. En los dos primeros supuestos, se destacaba que dichas afecciones podían ser temporales o permanentes.

Interesa señalar que, aunque la reclamante alega que no firmó un documento de consentimiento informado para que se le administrase anestesia epidural, lo cierto es que sí lo hizo (folios 103 y 107), pues una de las técnicas de administración de anestesia loco-regional es, precisamente, la epidural. En el informe de la Inspección Médica se explica que el bloqueo epidural constituye en la actualidad una de las técnicas de analgesia regional que se utiliza con más frecuencia para el control del dolor durante las intervenciones quirúrgicas.

Así pues, en dichos documentos de consentimiento quedan reflejadas las posibles complicaciones que podían derivarse del empleo de las técnicas quirúrgicas o analgésicas ya mencionadas, por lo que no se aprecia que se le haya ocasionado a la interesada, de alguna forma, un daño moral por la infracción de las garantías legalmente establecidas sobre información a los pacientes y prestación de consentimiento.

A lo anterior hay que añadir que la asistencia que se le dispensó a la reclamante se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc* (Conclusión 9^a), por lo que no se advierte que exista una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño sobre la salud por el que reclama, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado de alguna manera. Procede, por tanto, la desestimación de la reclamación formulada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y el daño personal (físico y moral) por el que se reclama, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.