

Dictamen n.º: **386/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.07.25**

DICTAMEN de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 16 de julio 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 asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña. (en adelante, “*la reclamante*” o “*la paciente*”) por los daños y perjuicios que le ha ocasionado una cirugía lumbar, que le fue practicada en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado en un modelo de solicitud general, el día 15 de marzo de 2024, en una oficina de atención al ciudadano del Ayuntamiento de Madrid, la reclamante formuló una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al SERMAS, por las secuelas que le ha ocasionado una cirugía lumbar, que le fue practicada en el Hospital Universitario La Paz.

Explica en su reclamación que, el día 27 de octubre de 2022 -la interesa señala por error la misma fecha, pero del año 2023- ingresó para someterse a una cirugía de escoliosis degenerativa con cargo al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital

Universitario La Paz y que, el día 29 de octubre tuvo que acudir a Urgencias porque uno de los tornillos de osteosíntesis colocado le había afectado a un nervio de la pierna izquierda, impidiéndole caminar.

Manifiesta que, hasta la fecha de la reclamación no ha podido volver a su trabajo, puesto que la afección de un nervio de su pierna izquierda le impide mover la pierna, pese a haberse sometido a tres intervenciones.

Además, señala que medió retraso en el inicio de la rehabilitación, lo que ha dilatado aún más su recuperación.

Por todo ello, considera deficiente el funcionamiento de la Administración Sanitaria con respecto a la asistencia recibida y asocia a la misma las secuelas que presenta, que determinan que siga sin poder caminar, tras haberse sometido a tres cirugías.

De esa forma, solicita una indemnización total de 200.000 €, por los daños de carácter físico, mental y económico.

Junto con su reclamación, aporta diversa documentación médica, una declaración del IRPF de la reclamante, una prescripción de material ortoprotésico -órtesis de rodilla estabilizadora con articulación policéntrica graduable de flexo-extensión-, con la factura de su abono por importe de 144,50€ y la solicitud de reembolso al SERMAS.

SEGUNDO.- A la vista de los hechos consignados en la historia clínica del paciente, destacamos los siguientes datos de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante es una paciente, de 62 años de edad en el momento del hecho causante, con antecedentes médicos de lumbalgias de repetición, que trabajaba como empleada de hogar.

El 2 de septiembre de 2018, acudió a Urgencias del Hospital Universitario La Paz -HULP- por cuadro con diagnóstico de lumbociática derecha.

El 14 de enero de 2020, acudió a consultas externas de Rehabilitación del HULP, derivada por el traumatólogo. Revisadas las radiografías y con el diagnóstico de escoliosis degenerativa y espondilartrosis, fue remitida a hacer tratamiento a Fisioterapia de Atención Primaria.

El 3 de diciembre de 2020, acudió a Urgencias del HULP, por cervicalgia.

El 18 de diciembre de 2021, acudió a Urgencias del HULP, por cuadro con diagnóstico de lumbociática derecha. Tras pautarle tratamiento la citaron en consulta de la Unidad de Columna el día 17 de enero de 2022.

El 17 de enero de 2022, la vieron en la Unidad de Columna, por presentar dolor lumbar fijo, sin irradiación y dolor en convexidad. Se anotó: *“Cobb lumbar 42°. Le explico la historia natural y está decidida a operarse. Explico pros y contras de la cirugía, entiende riesgos y acepta, firma consentimiento informado. Pongo en lista de espera para T11-S1 más caja T4-T5 TLIF (transforaminal lumbar intersomatic fusion) derecha. Pido radiografías en supino y densitometría ósea”*.

El documento de consentimiento informado, firmado por la paciente en esa fecha de 17 de enero de 2022, explica las diferentes fases de la cirugía y significa las complicaciones neurológicas posibles,

consistentes en el riesgo de lesionar algunas de las raíces nerviosas adyacentes, con el resultado de producir lesiones causantes de secuelas dolorosas y/o paralíticas, tanto durante la artrodesis, como en la fase de instrumentación vertebral, explicando que, en caso de venir ocasionadas por la instrumentación, podría ser necesaria la reintervención- folios 374 al 381-.

Consta igualmente que, incluso con el tratamiento adecuado, los pacientes pueden referir no estar satisfechos de los resultados.

El 18 de mayo de 2022, la paciente acudió a Urgencias del HULP por cervicalgia, constando en la anotación de la asistencia que la paciente estaba incluida en lista de espera quirúrgica.

El 22 de junio de 2022, acudió nuevamente a las Urgencias del HULP por cervicalgia y vértigos.

El 26 de octubre de 2022, ingresó de forma programada en Traumatología, en la Unidad de Columna del HULP.

Se indicó singularmente que, en la radiografía lumbar, la paciente presentaba un ángulo de Cobb lumbar de 42° y que tenía antecedentes de años de evolución de dolor lumbar fijo, en la zona de la convexidad, que se irradia ocasionalmente al miembro inferior derecho.

El 27 de octubre de 2022, fue intervenida de la primera fase de la cirugía. El protocolo quirúrgico refleja que se desarrolló la fusión posterior T9-S1, por escoliosis del adulto. Durante la apertura observaron una lisis de L5 izquierda y decidieron bajar a S1. Recanularon los tornillos de L4 y L5 izquierdos, por apreciar estimulación en el electromiograma abordando por la zona lateral de los cuerpos en este segmento. Le colocaron las barras. Comprobaron la colocación correcta del material de osteosíntesis, mediante escopia.

El 28 de octubre de 2022, según consta, en la reanimación permanecía estable, y neurológicamente sin ningún problema, por lo que pasó a planta.

El 29 de octubre de 2022, observaron pérdida de fuerza para la extensión de la rodilla izquierda (2/5), con parestesias en zona medial de muslo y cara interna de pierna y se anotó que la paciente refirió haberlas notado desde el momento después de la cirugía.

Le solicitaron una TAC urgente y la dejaron en ayunas, por si fuera necesario pasar por quirófano.

En la TAC se objetivó medialización del tornillo L3 izquierdo, que se introducía en el receso foraminal L3-L4 izquierdo y en el canal lumbar, con punta en cuerpo vertebral de L3, que cruzaba la línea media.

El tornillo L4 izquierdo también estaba medializado y se introducía en el aspecto superior del receso foraminal L4-L5 izquierdo.

El tornillo S1 sobresalía levemente la cortical anterior, en el lado derecho de hasta 7 mm, por lo que llevaron urgentemente a la paciente a quirófano, para retirada de la instrumentación y colocación de cintas laminares.

El 29 de octubre de 2022, la reintervinieron de urgencia. Le retiraron las barras izquierdas, los tornillos L3 y L4 que se habían medializado, colocaron cinta Jazz sublaminar en L3, otro modelo de barras y nuevamente injerto.

El 30 de octubre, se la mantuvo en observación en Reanimación, donde además pasó visita el traumatólogo y lo hizo incluso en una segunda ocasión, por manchado de apósito, aunque se concluyó que la herida estaba bien.

El 31 de octubre, la paciente seguía en Reanimación. El traumatólogo mencionó psoas a 4/5 y cuádriceps a 3/5. Quedó pendiente de recibir el alta a planta al día siguiente, y se solicitó interconsulta a Rehabilitación.

El día 2 de noviembre de 2022, ya en planta de Traumatología, solicitaron faja lumbar y la paciente fue valorada por un rehabilitador que pautó el tratamiento en planta.

El día 3 de noviembre de 2022, se anotó que presentaba ligera mejoría de fuerza en cuádriceps y empezó cinesiterapia en planta.

El día 4 de noviembre de 2022, cursó alta hospitalaria, con el diagnóstico de fusión T9-S1.

El día 15 de noviembre de 2022, la revisaron en consulta de Traumatología. Se le indicó que el pronóstico de la lesión dependería de la evolución clínica y que tenía pendiente un EMG en las próximas semanas. Además, estaba prevista cirugía para ALIF (*anterior lumbar interbody fusión*) L5-S1, como segunda parte de la cirugía. Firmó el documento de consentimiento informado, para artrodesis instrumentada lumbar por vía anterior.

El día 16 de noviembre de 2022, ingresó de forma programada para el segundo tiempo de la cirugía. Se anotó que, según la exploración del rehabilitador del 2 de noviembre, el balance muscular en el miembro inferior izquierdo está el psoas a 4-/5, cuádriceps 2/5, isquiotibiales 2/5, abductores 3/5, tibial anterior, tríceps y extensor del 1º dedo 5/5. Hipoestesia L2-L4 y anestesia L5.

En casa caminaba con andador y la ayuda de su familia y solo hasta el baño.

El 17 de noviembre de 2022, la intervinieron para la realización de ALIF L5-S1 por vía anterior. La cirugía cursó sin incidencias.

El 18 de noviembre de 2022, mencionaron la evolución favorable en la reanimación.

Los días siguientes hasta el alta, fue seguida por Traumatología. Refería dolor en la cara lateral del muslo izquierdo, hasta la rodilla, además del déficit de extensión previo.

Le solicitaron una TAC de control e interconsulta a Rehabilitación, que le pautó cinesiterapia.

El 21 de noviembre de 2022, reanudó la cinesiterapia en planta. Mencionaron que la paciente caminaba con andador.

El día 23 de noviembre de 2022, le realizaron una TAC. En la misma se constataron cambios postquirúrgicos de artrodesis de columna dorso-lumbo-sacra, con material de instrumentación de columna con barras y tornillos transpediculares. También se denotó: *“prótesis discal L4-L5. Caja intersomática L5-S1, con presencia de tornillos, que desde el espacio se extienden a los cuerpos vertebrales L5 y S1, no presentes en el estudio previo. Cable con entrada subcutánea lumbar izquierda y trayecto ascendente por la musculatura paravertebral lumbar”*.

Como no encontraron una causa del dolor en la cara lateral del muslo, relacionado con la TAC, le infiltraron trocánteres y solicitaron una telerradiografía.

El día 24 de noviembre de 2022, cursaron el alta hospitalaria.

El día 23 de enero de 2023, fue revisada en consulta de Traumatología, habiendo transcurrido dos meses desde el

postoperatorio de fusión por doble vía y tras haber sido reintervenida por paresia parcial de L3-L4 izquierdas.

En esa consulta se anotó que, la cicatriz seguía supurando, aunque tenía mejor aspecto. Había mejorado la fuerza de L3 y L4, estando en 2-3/5, pendiente de ser llamada por Rehabilitación.

Se solicitó en esta consulta que se la citara a la paciente de forma preferente en Rehabilitación, para trabajar la pérdida de fuerza aguda L3.

La radiografía de control era correcta, la densitometría mostró un Tscore -1,5. Se la citó en 4 meses con control radiológico y se le explicó que la paresia tardaría meses en mejorar.

El día 25 de enero de 2023, la revisaron en consulta de Rehabilitación. En esa asistencia se anotó que la paciente lograba la bipedestación autónoma y movilizar el miembro inferior izquierdo, aunque no podía deambular sin ayudas externas (con andador), ya que únicamente caminaba por casa con andador y no salía a la calle. No presentaba dolor, el miembro inferior izquierdo estaba normal y el derecho con psoas a 2/5, cuádriceps 2 +/5, femoral 3/5, tibial anterior y tríceps 5/5. El reflejo ROT rotuliano estaba ausente.

Le diagnosticaron debilidad postquirúrgica L3, solicitándole EMG y entregándole una hoja de ejercicios y la recomendación de marchar con andador y de forma supervisada, poniéndole en lista de espera para Rehabilitación y citarse con el EMG.

El día 8 de mayo de 2023, la realizaron el EMG que denotó afectación motora radicular L2-L4 izquierda, de evolución crónica e intensidad severa.

El día 22 de mayo de 2023, la revisaron en consulta de Rehabilitación. Valoraron el EMG, constatando balance de psoas a 2+/5, cuádriceps 3 +/5, distal 5/5. Seguía pendiente de fisioterapia.

El día 29 de mayo de 2023, la revisaron en consulta de Traumatología. La radiografía de control mostraba estabilidad, con fusión T9- pelvis y dos cajas intersomáticas L4-L5 y L5-S1. Además, mostraba que tenía una lesión radicular aguda y severa en la raíz L3-L4 izquierda, corroborada en el EMG, que le provocaba la debilidad del cuádriceps. La fuerza en esa raíz era de 2/5.

Se le indicó que, la única manera, si es que la hubiera, de mejorar, era trabajar mucho en Rehabilitación, por lo que se solicitó interconsulta urgente, programando revisión en 3 meses.

El día 20 de junio de 2023, la revisaron en consulta de Rehabilitación. Se le indicó que debía ir retirando el corsé lumbar. Y pasar a bipedestación.

Se anotó que precisaba la ayuda de otra persona, que mantenía la bipedestación con apoyo de peso en el miembro inferior derecho, claudicando la rodilla izquierda, cuando se le solicitaba el cambio de peso.

El miembro inferior derecho presentaba el siguiente balance muscular: glúteo mayor 4+/5, psoas a 2/5, cuádriceps 4/5, isquiotibiales 4+/5, tibial anterior 4+/5, tibial posterior 4+/5, peroneos 4/5 y extensor largo del primer dedo 4+/5.

El día 22 de agosto de 2023, acudió nuevamente a consulta de Rehabilitación.

Se constató una mejoría significativa en cuanto a la fuerza y funcionalidad: se levantaba sola, caminaba con corsé.

La exploración se encontraba alterada por defensa antiálgica. Se anotó: *“Miembro inferior derecho: psoas 3/5 ¿??, 5/5. Miembro inferior izquierdo. glúteo mayor 4+/5, psoas 3- /5 con dolor, cuádriceps 4/5 con dolor, isquiotibiales 4+/5, tibial anterior y todos los músculos distales a 5/5. Deambulaci3n aut3noma con cierta inestabilidad por debilidad en miembro inferior izquierdo”*. Se planteó continuar en rehabilitaci3n y revisarla en 2 meses.

El día 11 de septiembre de 2023, la revisaron en consulta de Traumatología. Estaba mucho mejor de la fuerza, anotándose los siguientes datos de balance muscular: *“psoas 3+/5 y cuádriceps 4/5. Ya podía caminar. Presentaba molestias en la zona lumbar distal y trocánter izquierdo, por el trendelemburg. Estaba con fisioterapia. Se le insistió en que debía trabajar mucho en rehabilitaci3n para seguir mejorando la fuerza”*.

La telerradiografía era correcta y se programó revisi3n en 6 meses con radiografía.

El 7 de noviembre de 2023, la revisaron en la consulta de Rehabilitaci3n. Llevaba 43 sesiones de rehabilitaci3n y habían pasado 10 meses y medio desde la última cirugía.

Se anotó: *“fuerza en MID 5/5, en MII glúteo mayor 4+/5, psoas 4/5 con dolor, cuádriceps e isquiotibiales 4+/5, resto a 5/5.*

MID Glúteo mayor 4+/5, psoas a 4/5, cuádriceps 4+/5, isquiotibiales 4+/5, tibial anterior 5/5, tibial posterior 5/5, peroneos 5/5 y extensor largo del primer dedo 5/5.

Continuar en rehabilitaci3n y revisi3n en 2 meses”.

El 27 de febrero de 2023, tuvo una nueva consulta de Rehabilitaci3n, con situaci3n similar a la previa, cuando habían

pasado 13 meses y medio desde la última cirugía y lleva 57 sesiones de rehabilitación, que había finalizado hacía 2 meses. Se anotó que caminaba por casa, pero por exteriores no podía caminar más de 50 metros, con una muleta y por ello acudía en silla de ruedas.

En esa consulta le dieron el alta en Rehabilitación, por haber alcanzado el techo terapéutico.

El 11 de marzo de 2024, recibió asistencia en la consulta de Traumatología, habiendo transcurrido un año desde la cirugía. Se anotó: *“Tiene cuádriceps a 4/5 pero aún le falla al caminar y necesita bloquear la rodilla en extensión, se fatiga y por eso se tira mucho tiempo sentada”*.

Se le prescribió rodillera y seguir intentando ejercicios de potenciación. La radiografía del mismo día era correcta, por lo que se la citó en 6 meses.

El 16 de septiembre de 2024, fue revisada nuevamente en la consulta de Traumatología.

Radiológicamente estaba muy bien, pero la fuerza del cuádriceps seguía a 4/5, lo que le permitía caminar y levantarse, con muletas. Se programó revisión en un año.

No constan datos de las asistencias posteriores.

TERCERO- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud, mediante resolución de 8 de abril de 2024, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (título preliminar, capítulo IV) (en adelante LRJSP).

Se incorporó al expediente la historia clínica de la reclamante, en cuanto a su asistencia en el Hospital Universitario La Paz, así como los informes de los servicios implicados, conforme reclama el artículo 81.1 de la LPAC. En concreto, los siguientes:

- Un informe del jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de 12 de abril de 2024- folios 60 a 62-.

En el mismo se repasa detalladamente las asistencias dispensadas en todo el proceso y se explica, en cuanto al tratamiento de la patología de afectación radicular que, la paciente ha recibido tratamiento de fisioterapia desde su primera intervención quirúrgica, de acuerdo con la práctica clínica habitual, trabajando la potenciación muscular, con el objetivo de mantener la fuerza muscular, en espera de que se produzca la recuperación de la función nerviosa. Así, se le han proporcionado 57 sesiones de rehabilitación, hasta el 27 de febrero de 2024 en que fue dada de alta, por alcanzar el techo terapéutico.

Añade que se ha conseguido una mejoría de la fuerza en la mayoría de los grupos musculares, si bien persiste una cierta debilidad en la musculatura proximal, que repercute en la capacidad de marcha autónoma, que ha mejorado con el tratamiento de rehabilitación, siendo su evolución muy favorable.

La evolución habitual del tratamiento y de la patología, es la que se ha producido, con una mejoría progresiva de la funcionalidad, sin haber conseguido una restitución completa de la función muscular.

Finalmente, determina que, según la literatura médica, hasta un tercio de los pacientes con radiculopatías después de intervenciones en columna pueden evolucionar de forma pobre en su sintomatología, tras la intervención y rehabilitación postoperatoria.

Por lo tanto, de acuerdo con lo anterior, el informe concluye que la actuación del Servicio de Rehabilitación con respecto a la paciente ha sido en todo momento conforme a la *lex artis*.

-Un informe del jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación, de 11 de abril de 2024- folios 64 a 66-.

El informe relata su intervención en las asistencias dispensadas y concluye que, se trata de una paciente intervenida de escoliosis dorso-lumbar en la que fue necesario reintervenir con carácter de urgencia para extracción de material de osteosíntesis, con una posterior reintervención por vía anterior para refusión lumbo-sacra y que, en ningún momento la paciente ha manifestado reproche alguno sobre la atención por el Servicio de Anestesiología- la valoración preoperatoria, su paso por quirófano, y su posterior estancia en la Unidad de Recuperación post anestésica y cuidados críticos post quirúrgicos-.

Por lo tanto, de acuerdo con lo anterior, establece que, la actuación del Servicio de Anestesiología y Reanimación con respecto a la paciente ha sido en todo momento adecuada a la buena praxis médica.

-Un informe del jefe del Servicio de Traumatología, de 17 de abril de 2024 – folios 67 al 73-.

El informe refiere que, la paciente fue inicialmente tratada de manera conservadora, con analgesia de 2º escalón y no presentó ninguna mejoría, por lo que en la consulta de enero de 2022 se le propuso la cirugía para mejorar sus síntomas. En concreto y, de acuerdo con la praxis establecida se le propuso una fusión toracolumbar para corregir su deformidad e intentar mejorar su dolor lumbar y su discapacidad.

Indica que se le explicaron los riesgos y beneficios de una cirugía de corrección y que, la paciente y su familiar entendieron tal información desde el inicio, ofreciéndoles igualmente la posibilidad de resolver sus dudas, manteniendo en todo momento un canal de comunicación abierto y honesto.

Añade que, en cuanto a la valoración general de estos procedimientos quirúrgicos, los pacientes operados mejoran en todas las escalas de los test de calidad de vida, con alta probabilidad de mejorar por encima de la diferencia mínima clínicamente importante. Además, mantienen esta mejoría con el tiempo.

No obstante, también se indica que, este tipo de cirugías conlleva una alta prevalencia de complicaciones, que se explicaron con detenimiento a esta paciente, como se hace en todos los casos.

Las complicaciones más habituales son: lesión neurológica (de mayor o menor medida y cronicidad), fugas de LCR, malposiciones de instrumentación, el sangrado, fallo o desanclaje de los implantes, las roturas de barras, la cifosis de unión proximal, y la pseudoartrosis.

Sobre la prevalencia de las mismas, se ha descrito un 7% de mal posición de tornillos en escoliosis del adulto y una prevalencia de lesión neurológica durante la cirugía de deformidad espinal de adulto de un 22% y que dichas complicaciones neurológicas están estrechamente relacionadas con la edad preoperatoria, la etiología, la gravedad de la deformidad, el índice de angulación, la clasificación de la función de la médula espinal, el lugar de la osteotomía intraoperatoria, el tipo de osteotomía y el índice de corrección de la cifosis. Por ello se recomienda siempre utilizar monitorización neurofisiológica multimodal para disminuir al máximo el riesgo neurológico.

El informe destaca que, tras una larga y pormenorizada explicación de las potenciales complicaciones que podía sufrir en la cirugía (vasculares, neurológicas, infecciosas y sistémicas), la paciente aceptó los riesgos de la intervención y entendió los beneficios que le podía suponer, quedando firmado el documento de consentimiento informado.

En cuanto a los aspectos técnicos preliminares, indica que se completó el estudio con una RX en supino para establecer la flexibilidad de la curva fraccional lumbosacra que condicionaba la planificación quirúrgica y se pidió una densitometría para ver el riesgo de fallo de anclaje de la instrumentación, resultando un Z score con valor de -1,5.

De acuerdo con todo ello, se programó una fusión toracolumbar hasta sacro-pelvis, con cajas en los espacios lumbares del arco inferior y se explicó a la interesada que, dependiendo de la calidad del hueso, sería necesaria una segunda cirugía por vía anterior, que quedaba pendiente de decidir, según lo percibido en la primera cirugía.

Conforme a todo ello, la paciente fue intervenida el 27 de octubre de 2022, realizándose el procedimiento programado: una fusión posterior T9-sacro, con caja intersomática L4-L5 por vía TLIF, bajo anestesia general y control neurofisiológico.

Durante la cirugía, el mapeo EMG de los tornillos identificó una irritación electromiográfica de las raíces correspondientes a los niveles L4 y L5 izquierdos. Por seguridad, se decidió extraer ambos tornillos y recanularlos. Para mejorar el potencial sufrimiento de ambas raíces, en el mismo acto se llevó a cabo una hemilaminectomía amplia de L4 y L5 izquierda, con pediculotomía parcial asociada.

En el primer día postoperatorio se objetivó una pérdida de fuerza a la extensión de la rodilla izquierda (2/5) dependiente del cuádriceps, por lo que se solicitó un TAC urgente que asegurara la posición del material implantado y se evidenció de inmediato la malposición de los tornillos L3 y L4 izquierdos.

Se le explicó a la paciente lo ocurrido y de los pasos diagnósticos-terapéuticos por los que se le guiaba, así como de la idoneidad de reintervenir para ver el estado de dichos implantes, lo que la paciente aceptó. La cirugía de revisión se llevó a cabo el día 29 de octubre 2023 y, en la misma se retiraron los tornillos de L3 y L4 izquierdos medializados, pasando una cinta Jazz sublaminar en L3 y bajando la instrumentación a la hemipelvis izquierda, para mejorar la calidad del agarre mecánico, suplementándolo con una barra satélite tipo Kickstand.

Durante la evolución en planta mejoró la fuerza de manera parcial, obteniendo una fuerza del psoas izquierdo 3-4/5 y cuádriceps 3/5, documentada tras la revisión postoperatoria del día 31 de octubre 2022, cursando interconsulta al Servicio de Rehabilitación que empezó inmediatamente el tratamiento de fisioterapia, en planta, durante ese ingreso.

Además, en todo momento se informó a la paciente del estado neurológico y se le explicó que la recuperación de las paresias parciales son largas y a veces incompletas y que, el único tratamiento disponible es la estimulación del nervio mediante ejercicios de propiocepción y fortalecimiento del territorio afectado, en su caso el psoas y el cuádriceps izquierdo.

Debido a la calidad de hueso evidenciada durante la primera cirugía y para prevenir complicaciones mecánicas en la charnela lumbosacra (pseudoartrosis o roturas de implante), se decidió llevar a cabo la segunda parte de la cirugía ya anunciada por vía anterior. Se

firmó consentimiento informado para la vía anterior tras repasar de nuevo los riesgos y beneficios de la misma.

El segundo tiempo quirúrgico programado se realizó el 17 de noviembre 2022, mediante abordaje anterior para-medial, con acceso retroperitoneal ayudado de cirugía vascular. Se realizó una discectomía completa L5-S1 y se implantó una caja intersomática rellena de hueso de banco y matriz ósea desmineralizada -DBM-atornillada. Recibió el alta sin incidencias el 24 de noviembre 2022, con buena evolución y con otro periodo de sesiones de fisioterapia programados por el Servicio de Rehabilitación.

Se destaca a continuación que, la evolución habitual de estas radiculopatías postquirúrgicas depende del tiempo de evolución y la gravedad de la denervación y se repasa el intensivo seguimiento postoperatorio efectuado y el tratamiento de rehabilitación desarrollado, que ya ha quedado significado en el relato secuencial de hechos del antecedente segundo, pese a lo cual, se indica que, en el momento actual se prevé poca mejoría residual.

En cuanto a las conclusiones, se indica que, pese a no haber logrado un resultado satisfactorio, por haber sufrido una complicación intraquirúrgica no deseada, que le ha llevado a esta secuela mecánica, la paciente conocía de antemano los riesgos de la intervención, que entendió en su momento y aceptó, firmando el consentimiento informado. Además, en todo momento se han llevado a cabo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que la paciente requería, empleando todos los medios a nuestro alcance para mejorar la actuación del servicio e informando debidamente a la paciente, por lo que la asistencia debe entenderse conforme a la *lex artis ad hoc*.

En este estado de tramitación del procedimiento, mediante oficio de 17 de febrero de 2025- folio 232-, la Inspección Sanitaria solicitó la

remisión de cierta documentación adicional, señalando que precisaba las valoraciones de Traumatología antes de la cirugía, cuándo y por qué se le indicó el procedimiento quirúrgico, las notas de evolución tras la primera cirugía, en la que presuntamente tuvo lugar el daño que reclama, el informe del TAC realizado en ese momento y, finalmente, las consultas posteriores a las cirugías de traumatología y el documento de consentimiento informado para la primera parte de la cirugía.

Se remitió la documentación solicitada- folios 236 al 373- y, en particular el documento de consentimiento informado, que consta en los folios 374 al 381.

Posteriormente se ha emitido el informe de la Inspección Sanitaria- folios 382 al 440-, que tras un detenido análisis de las circunstancias del caso y efectuando diversas consideraciones médicas, establece que no se ha acreditado *mala praxis* en los tratamientos indicados y realizados a la reclamante y, por tanto, concluye que la asistencia sanitaria dispensada por los Servicios de Traumatología y de Rehabilitación del Hospital Universitario La Paz y las asistencias anteriores y posteriores, fue adecuada y conforme a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a la parte reclamante, con acuse de recibo de fecha 28 de mayo de 2025, tal y como establece el art. 82 de la LPAC, a fin de que pudiera formular las alegaciones que tuviera por convenientes. Efectivamente, la interesada ha presentado escrito de alegaciones finales, con fecha 9 de junio de 2025, en el que sustancialmente reitera el contenido de la reclamación inicial- folios 411 al 419- y adjunta un informe pericial, emitido por un médico especialista en Medicina Legal y Forense -folios 424 al 431-, que valora sus daños físicos y secuelas que ha sufrido la reclamante,

aplicando el baremo de la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en un total de 122.363,35 €.

El informe relata el proceso médico que ha desencadenado en las secuelas que mantiene la reclamante, a partir de la versión de la interesada y pone el acento en las pretendidas carencias de la información recibida por la misma. Así, recoge: *“Según la entrevistada, ...El operador le explicó ‘que tenía una escoliosis degenerativa dorso-lumbar y que le iban a poner unas placas con tornillos’. Le dijo ‘que quedaría bien y que la espalda quedaría recta y podría trabajar mejor, que tendría una mejor calidad de vida y mejoraría de los dolores de la espalda’ y en otro lugar, que su traumatólogo ‘le convenció de que tendría que operarse para mejorar la estabilidad de su columna dorso-lumbo-sacra y para reducir los dolores de espalda’- sic-.*

También mantiene la insuficiencia y el retraso en el comienzo del proceso rehabilitador, reseñando *“según la entrevistada, tras 8 meses de la última intervención, la llamaron para realizar tratamiento rehabilitador y la realizó en el Centro de Especialidades de “Peña Grande” de Madrid, mediante cinesiterapia para potenciación de glúteos y cuádriceps, levantando peso con ambas piernas, pero le fallaba mucho la pierna izquierda y necesitaba el apoyo de dos enfermeros para poder caminar, tan solo unos tres metros de distancia”.*

Finalmente, el día 20 de junio de 2025, se ha redactado la oportuna propuesta de resolución, proponiendo desestimar la reclamación, al entender que la atención sanitaria dispensada fue adecuada a la *lex artis*

CUARTO.- La consejera de Sanidad mediante oficio que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la

Comunidad de Madrid el día 2 de julio de 2025, formula preceptiva consulta.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal D. Carmen Cabañas Poveda, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la reunión del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 16 de julio de 2025.

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 26 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y tramitarse a solicitud de un órgano legitimado para ello, a tenor del artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, está regulada en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de una reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de la norma.

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

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid al reclamarse por la asistencia del Hospital Universitario La Paz, siendo ese un centro sanitario público, integrado en el SERMAS.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (*ex* artículo 67 LPAC).

El precepto legal acoge así un criterio objetivo vinculado a la determinación de las secuelas, aplicando la teoría de la *actio nata*, a la que también apela con el mismo objeto la Sala Tercera del Tribunal Supremo, entre otras muchas ocasiones, en la sentencia de 22 de febrero de 2012, recurso de casación 608/2010, en que el Alto Tribunal recuerda que *“la fecha inicial para contar el plazo de prescripción del artículo 142, apartado 5, de la Ley 30/1992, tratándose de daños físicos o psíquicos en las personas, es la de la curación o aquella en la que se conoce el alcance de las secuelas, esto es, cuando se estabilizan los efectos lesivos y se conoce definitivamente el quebranto de la salud”*.

En el presente caso, la reclamación ha sido interpuesta el 15 de marzo de 2024, atribuyendo los daños por los que se reclama a pretendidos errores y carencias asistenciales que arrancan en la intervención de 27 de octubre de 2022. De conformidad con la documentación incorporada al expediente, constan asistencias de seguimiento y rehabilitación hasta el día 16 de septiembre de 2024, fecha posterior a la reclamación, por lo que, sin necesidad de un mayor análisis, debemos tener por interpuesta en plazo la reclamación que nos ocupa.

Por lo demás, no se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. En este sentido debemos indicar que se ha incorporado al

expediente la documentación aportada con la reclamación, además de la historia clínica del hospital en que la reclamante recibió asistencia. También consta el documento de consentimiento informado de la intervención cuestionada.

En cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, constan informes de los servicios de Rehabilitación, Anestesia y Reanimación y Traumatología, además del informe de la Inspección Sanitaria, emitido a requerimiento del instructor del procedimiento y de otro informe pericial, aportado por la reclamante en el trámite de las alegaciones finales, tras concederle el trámite de audiencia, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC y, finalmente, se dictó la propuesta de resolución, según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC

En suma, 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 las Administraciones públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC que dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

“1º.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

2º.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo en numerosas Sentencias, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2015 (recurso de casación 3547/2013) y 25 de mayo de 2014 (recurso de casación 5998/2011), requiere conforme a lo establecido en el artículo 139 LRJ-PAC:

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

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

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

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella*

que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

CUARTA- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo. Se trata, por tanto, de una obligación de medios y no de resultado, que a todas luces resultaría imposible garantizar.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado que *"(...) no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".*

Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *lex artis*.

QUINTA.- En este caso, como ya se indicó, la reclamante considera que no se le prestó una asistencia médica adecuada, al entender que no se le proporcionó una información completa sobre el proceso quirúrgico al que se sometió en octubre de 2022, de sus complicaciones y los riesgos inherentes y que, llegado el momento, tales daños se materializaron, generándole graves lesiones y secuelas que no han podido ser solventadas, pues considera que los tratamientos rehabilitadores que le fueron dispensados, fueron tardíos e incompletos.

Comenzando por la existencia del daño, no resulta controvertido en el expediente que la reclamante padece unas notables secuelas sensitivas y motoras, subsiguientes a la intervención del día 27 de octubre de 2022.

Por tanto, acreditada la realidad de los daños en los términos expuestos, resulta necesario examinar la concurrencia de la relación de causalidad entre los daños sufridos y la asistencia sanitaria prestada y de la antijuridicidad del daño, que –en su caso– determinarían la existencia de responsabilidad patrimonial.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En

este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

En el presente caso, la reclamante aporta un dictamen pericial en cuyas consideraciones fundamenta su reclamación.

Es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora (v.gr. 397/20, de 22 de septiembre, 223/16 de 23 de junio, 460/16, de 13 de octubre y 331/19, de 12 de septiembre), que ante la existencia de informes periciales contradictorios- como ocurre en este caso, en que el dictamen de parte resulta contradictorio con el informe del servicio afectado y el de la Inspección Sanitaria; la valoración conjunta de la prueba debe realizarse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de los informes.

Los dictámenes citados se hacen eco de la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) que 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 (...)”*.

Según la Sentencia de 18 de mayo de 2017 (recurso nº 355/2015): *“En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad*

científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

En el caso que ahora no ocupa, como ya se indicó, el dictamen pericial de la reclamante, parte de las apreciaciones y consideraciones subjetivas de la propia reclamante y de su afirmación sobre la insuficiencia de la información clínica proporcionada; por lo que su valor técnico principal, debemos residenciarlo en la estimación económica de los daños y lesiones, que se efectúan con sumo detenimiento.

El repaso de la historia clínica, no obstante, desmiente objetivamente las premisas en que fundamenta sus valoraciones ese informe pericial; evidenciando que se estudió detenidamente la situación previa de esta paciente, a través de telerradiografías y resonancias, encontrando, una escoliosis lumbar muy importante, con ángulo de Cobb de 42°, incidencia pélvica de 50° y discopatía degenerativa en L4-L5, que justificaba sobradamente la sintomatología de la paciente y la pertinencia de la intervención.

Tenía por tanto la paciente un desequilibrio sagital muy relevante, asimetría de cinturas y giba lumbar en Adams y, habiendo sido tratada inicialmente de forma conservadora (farmacológicamente y con rehabilitación); seguía presentando dolor incapacitante para su vida diaria, por lo que finalmente en la Unidad de Columna le plantearon la cirugía, consistente en una fusión toracolumbar para corregir la deformidad e intentar mejorar el dolor, con cajas en los

espacios lumbares y la informaron de que, posiblemente y dependiendo de la calidad del hueso que encontraran durante la cirugía, sería necesaria una segunda intervención por vía anterior, como así fue.

En el post-operatorio, al comenzar con pérdida de fuerza en la extensión de rodilla izquierda, se le realizó un TAC urgente que evidenció la malposición de los tornillos L3 y L4 izquierdos. Se le explicó a la paciente lo sucedido y la indicación de reintervenir, lo que se hizo el día 29, de urgencia, retirando los tornillos que se habían desplazado y bajando la instrumentación hasta la hemipelvis izquierda, para mejorar la calidad del agarre, suplementándola con otra barra.

Debido a la escasa calidad del hueso (de hecho, en la densitometría ósea que se la había hecho, la paciente presentaba déficit de masa ósea) y tal como se le había informado, hubo de realizarse un segundo tiempo quirúrgico para prevenir complicaciones, mediante abordaje anterior, implantando una caja intersomática en L5-S1 con injerto óseo.

Por tanto, la valoración, tratamientos e indicaciones fueron adecuadas y acordes a la bibliografía científica.

En cuanto a la información clínica de las tres cirugías practicadas, debemos destacar que dos de ellas estaban programadas y consentidas por la reclamante y la tercera, consistió en una intervención de urgencia para resolver la complicación neurológica surgida por la interacción de los tornillos en estructuras nerviosas y, por otra parte, en el documento de consentimiento informado firmado el 17 de enero de 2022, se mencionaba igualmente esta posibilidad de reintervención para retirar el material de osteosíntesis, así como las afectaciones neurológicas; además de una completa explicación sobre el procedimiento y los riesgos y posibles complicaciones, sobre las que

– además- la afectada pudo consultar las posibles dudas que tuviera, sobre cualquier cuestión.

Finalmente, en cuanto al aducido retraso en empezar la rehabilitación, no fue tal en un sentido estricto, ya que, lógicamente no podía comenzar antes de superar la reintervención del 29 de octubre y el segundo tiempo de la cirugía lumbar, del día 17 de noviembre de 2022, así como la infección posterior y, según consta, incluso antes del segundo tiempo quirúrgico, el día 3 de noviembre de 2022, en planta de Traumatología, solicitaron faja lumbar y la paciente fue valorada por un rehabilitador, que anotó que presentaba ligera mejoría de fuerza en cuádriceps y empezó cinesiterapia en planta, como también ocurrió el día 21 de noviembre, superada la intervención del día 17.

Tras el alta hospitalaria, se valoró a la paciente en consultas el 25 de enero de 2023, recomendando unos ejercicios para la movilización e incipiente tarea rehabilitadora y el 8 de mayo, se le solicitó un EMG para conocer con precisión el alcance de la lesión nerviosa, una vez concluida la recuperación quirúrgica y poder establecer completamente las pautas de la rehabilitación a desarrollar, comenzando la fisioterapia dos meses después.

Por lo demás, según explican los informes emitidos, ese aparente “retraso” en el inicio de las sesiones de rehabilitación no tiene repercusión en la historia natural de la lesión, ni mucho menos ha influido en no haberse llegado a una recuperación completa, cuestión realmente debida a la importancia de la afectación nerviosa sufrida por esta paciente.

En definitiva y a la vista de lo indicado, la reclamante incurre en el error de considerar que existe negligencia ya que la asistencia

sanitaria no ha logrado los resultados deseados y considera que su situación personal ha empeorado.

Ha de recordarse que la asistencia sanitaria es una mera obligación de medios y no de resultado como ha destacado reiteradamente la jurisprudencia, por todas las sentencias del Tribunal Supremo de 1 de diciembre de 2021 (rec. 6479/2020) y del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 23 de diciembre de 2021 (rec. 980/2020) y, de otra parte, en el caso de materializarse riesgos contemplados en el documento de consentimiento informado, los daños carecen de la nota de antijuridicidad, como ocurre en este caso.

Por tanto debemos coincidir con la valoración efectuada por el informe de la Inspección Sanitaria, al que solemos atribuir especial relevancia, dado que *“su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*, según indica el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en Sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014) y como aquel, concluir que, en este caso, no se ha acreditado mala praxis en los tratamientos indicados y realizados a la reclamante, pese a su resultado.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante, en el Hospital Universitario La Paz.

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 16 de julio de 2025

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 386/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid