

Dictamen n°: **414/19**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **17.10.19**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 17 de octubre de 2019, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ....., por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, en la realización de una intervención de safenectomía.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.** - Por escrito presentado en una oficina de Correos el día 16 de febrero de 2017 dirigido al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), la interesada antes citada, asistida por abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, en la realización de una intervención de safenectomía (folios 1 a 5 del expediente administrativo).

La reclamante, de 70 años de edad, refiere en su escrito que en octubre de 1975 sufrió un aborto diferido y un episodio de tromboflebitis

en el Hospital Clínico San Carlos por el que tuvo que estar ingresada durante 19 días y donde se le advirtió que *“si en alguna ocasión futura fuera intervenida quirúrgicamente debía advertir de la necesidad de anticoagulantes”*.

Expone en su reclamación que esta circunstancia fue valorada por el propio Hospital Universitario Rey Juan Carlos en el año 2014 cuando desaconsejó la safenectomía por el episodio de tromboflebitis de hacía 32 años y que, sin embargo, no fue tenido en cuenta dos años más tarde, en la safenectomía realizada el día 28 de noviembre de 2016, en la que fue dada de alta ese mismo día *“con pocas indicaciones más allá del ibuprofeno”*.

Alega que en los días siguientes presentó dolores e impotencia funcional de miembros inferiores y que tuvo que ser asistida por el SUMMA 112 el día 11 de diciembre, que la trasladó al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, donde se le diagnosticó trombosis venosa profunda y se constató que no había *“estado con heparina en ningún momento”*, a pesar de lo cual fue dada de alta ese mismo día con indicación de enoxaparina.

La reclamante manifiesta que cuatro días después, el día 15 de diciembre de 2016, tuvo que ser trasladada en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, donde ingresó en situación crítica con tromboembolismo pulmonar bilateral y trombosis venosa profunda en pierna derecha.

Alega que la falta de indicación de heparina tras la intervención, pese a haber insistido en sus antecedentes venosos, ha supuesto una *“pérdida de oportunidad”* y solicita una indemnización de 130.000 €.

Acompaña su escrito con copia de algunos informes de la historia clínica, copia de la queja presentada el día 9 de enero de 2017 en el

Servicio de Atención al Paciente del Hospital Rey Juan Carlos y noticia sobre una Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia por la que se condena a pagar al Servicio Murciano de Salud una indemnización por el fallecimiento de un paciente por tromboembolismo pulmonar tras ser dado de alta después de una intervención quirúrgica sin pautar tratamiento profiláctico con heparina y copia del escrito del director gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en respuesta a la queja presentada en el Servicio de Atención al Paciente del citado centro sanitario folios (folios 6 a 36).

**SEGUNDO.** - Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen:

La reclamante, nacida en 1946, y con antecedentes de “*tromboflebitis*” en 1975, fue diagnosticada por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del Hospital Universitario Rey Juan Carlos el día 1 de agosto de 2014 de insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores con sintomatología flebostática moderada más intensa en la pierna derecha. Inicialmente se indicó tratamiento conservador mediante terapia compresiva y medidas físicas.

El día 7 de octubre de 2016 fue nuevamente valorada por el Servicio de Cirugía Vascul ar del citado centro hospitalario. Se realizó exploración física y eco-doppler venoso que descartó afectación del sistema venoso profundo. Con el diagnóstico de insuficiencia venosa crónica clase C2 de la CEAP (Clinical-Etiological-Anatomical-Pathophysiological) se le propuso safenectomía interna del miembro inferior derecho. Según consta en la historia clínica, se informó a la paciente de los riesgos y beneficios de la intervención, “*que entiende y acepta*”, se incluyó en lista de espera, firmó consentimientos en soporte digital y se entregó copia firmada (folio 318).

En el documento de consentimiento informado se señalaba que *“lo habitual es que en menos de 24 horas pueda volver a casa caminando, con una media o una venda y hacer una vida relativamente normal”* y se advertía de posibles complicaciones como que *“pueden formarse trombos en las venas profundas de la pierna (es muy raro)”*.

El día 28 de noviembre de 2016 ingresó en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos a cargo del Servicio de Cirugía Vascul ar para la cirugía programada, que se realizó bajo anestesia general, siendo dada de alta ese mismo día del ingreso, indicándose curas diarias y *“seguir las recomendaciones indicadas en consulta”*.

El 11 de diciembre de 2016 acudió a Urgencias del SUMMA 112 por dolor en pierna derecha. Presentaba edema, dolor a la palpación en la parte posterior, sin aumento de temperatura local. Se le administró Clexane 60 mg, y se le derivó al hospital para completar valoración.

Ese mismo día fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Según consta en la historia clínica:

*“Intervenida hace 15 días de venas varicosas, desde hace 24 horas presenta dolor en inflamación en tobillo y pie (a pesar de llevar medias de compresión media durante el día). No fiebre ni otra clínica o evidencia de factor acompañante. No ha estado con heparina en ningún momento”*.

Tras la realización de eco-doppler venoso, se diagnosticó trombosis venosa profunda (TVP) que afectaba a cayado de safena derecha. Se pautó heparina de bajo peso molecular (HBPM -Enoxaparina 100 mg/24 h-) y seguir con medias de compresión. Fue dada de alta con cita para Consultas Externas de Medicina Interna para el día 3 de enero de 2017.

El día 15 de diciembre de 2016 se efectuó llamada desde el centro de salud Jaime Vera, de Leganés, al SUMMA 112 solicitando una ambulancia para el traslado al hospital de la paciente.

Fue trasladada al Hospital Universitario Severo Ochoa donde ingresó desde Urgencias por disnea y dolor torácico en costado izquierdo. Tras realización de TAC torácico, se diagnosticó la presencia tromboembolismo pulmonar bilateral, indicándose tratamiento con heparina y anticoagulantes orales (Sintrom).

El 20 de diciembre de 2016 se realizó ecocardiograma transtorácico, que descartó la presencia de trastornos (función cardiaca derecha normal y ausencia de signos de hipertensión pulmonar).

El día 25 de diciembre de 2016 se realizó electrocardiograma que descartó alteraciones y el día 28 de diciembre radiografía de tórax, en la que se apreciaban imágenes sugerentes de atelectasias laminares.

Tras permanecer ingresada 14 días, fue dada de alta hospitalaria el día 28 de diciembre de 2016, bajo tratamiento con Sintrom (anticoagulación oral), y aconsejándose el uso medias elásticas de compresión fuerte y evitar permanecer en pie (sin andar) durante periodos prolongados, así como realizar controles de Sintrom según volante que se adjuntaba, y revisión en Medicina Interna y Cirugía Vasculat.

El día 3 de enero de 2017 acudió a revisión en consultas externas de Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

La paciente refería encontrarse mejor, sin disnea y prácticamente sin dolor; buen control del INR; no sangrados macroscópicos, salvo episodio de epistaxis en el marco de una crisis hipertensiva resuelta. Se le indicó continuar con Sintrom, uso de medias de compresión, caminar

en la medida de lo posible, vida activa, elevar la pierna cuando estuviera sentada, evitar la bipedestación y sedestación prolongadas y, finalmente, control de tensión arterial por su médico de Atención Primaria.

Con fecha 9 de enero de 2017 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por dolor pleurítico, no detectándose anomalías, e indicando tratamiento analgésico.

Acudió nuevamente a Urgencias del mismo centro hospitalario el día 5 de febrero de 2017 por dolor torácico opresivo, irradiado a zona costal y miembro superior izquierdo, y astenia. Seriación enzimática negativa, ECG sin cambios; INR en rango. Con el juicio diagnóstico de osteocondritis izquierda fue dada de alta.

El 18 de enero de 2017 acudió a revisión por el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Refería dolor pleurítico en hemitórax izquierdo y síndrome flebostático moderado. Hematomas en trayecto de la safenectomía. No signos de TVP en ese momento. Se le indicó tratamiento con medias de compresión, reposo con miembros inferiores elevados y ejercicio físico moderado.

El día 14 de febrero de 2017 acudió de nuevo a Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa por dolor torácico de 8 horas de evolución y sensación de disnea; la paciente mejoró con analgesia y los datos de pruebas complementarias (ECG, Rx tórax, analítica) no mostraban datos de alarma.

Con fecha 24 de febrero de 2017 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, por dolor en hemitórax izquierdo, que aumentaba con la inspiración, cefalea y hormigueos en piernas y sensación de mareo.

Las pruebas complementarias (ECG y Rx de tórax, marcadores cardiacos) eran normales. Con el juicio diagnóstico de dolor torácico con características mecánicas, se indicó observación domiciliaria.

El día 14 de marzo de 2017 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por dolor abdominal, irradiado en cinturón, con náuseas sin vómitos, y dolor torácico izquierdo. Con el diagnóstico de estreñimiento, fue dada de alta.

**TERCERO.** - Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe de Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de 28 de marzo de 2017 (folios 241 a 245) en el que efectúa, entre otras, diversas consideraciones al señalar que una tromboflebitis en el contexto de un aborto diferido no constituye una situación de alto riesgo trombótico; que no existe una clasificación universalmente aceptada que permita estratificar el riesgo de aparición de complicaciones trombóticas perioperatorias; señala que el porcentaje de trombosis venosas profundas documentadas en el período postoperatorio en las 1.387 intervenciones realizadas en el citado centro suponen un 0,42% lo que avala su práctica habitual y que se administra profilaxis antitrombótica farmacológica en pacientes de alto riesgo. El informe añade:

*“El por qué no se utilizan HBMP en todos los pacientes, además de lo referido anteriormente, tiene su explicación en la posible aparición de complicaciones hemorrágicas mayores en el 2.8% de los casos, o hematomas a nivel de las heridas quirúrgicas en el 10.3% con el uso*

*de HBPM (12), de nuevo extrapolando datos de la Cirugía General a falta de estudios específicos. La definición de hemorragia mayor aprobada por la International Society for Thrombosis and Hemostasis (13) incluye 3 supuestos: hemorragia fatal y/o hemorragia sintomática en un área u órgano vital, y/o hemorragia que suponga un descenso de 2 g/dl en la cifra de hemoglobina o que precise transfusión de 2 o más concentrados de hematíes.*

*En nuestra experiencia, los hematomas postquirúrgicos o hemorragias motivaron el 26% de las visitas al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en los primeros 30 días tras una cirugía de varices durante los últimos 5 años (47 de 180 casos). Si añadimos el dolor postoperatorio relacionado con dichos hematomas, el porcentaje se eleva al 38.3% (69 de 180 consultas urgentes). Por lo tanto hablamos de complicaciones habituales, cuyo riesgo puede verse incrementado por el uso de heparinas, además de incidir negativamente en el período de recuperación y aumentar el dolor postoperatorio. Con estos mismos datos, podemos decir que, en nuestra práctica, el porcentaje de complicaciones hemorrágicas o hematomas tras una cirugía venosa se sitúa en el 3.3%, ninguna de ellas clasificada como hemorragia mayor; es decir, al igual que en otras series, más frecuentes que las complicaciones trombóticas”.*

Consta, igualmente, informe del jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 31 de marzo de 2017 (folios 246 y 247) que considera adecuada la asistencia prestada a la paciente porque *“existe una abrumadora evidencia procedente de estudios aleatorizados y metaanálisis a favor del tratamiento de la trombosis venosa profunda con heparina de bajo peso molecular en domicilio de forma segura”*. El informe señala que fue citada para seguimiento en la consulta monográfica de Enfermedad Tromboembólica a cargo de Medicina Interna el día 3 de enero de 2017, *“lo cual se ajusta a lo*



*indicado en las guías (los pacientes deben revisarse entre 15 30 días después del diagnóstico), siguiendo la actitud terapéutica recomendada de realizar tratamiento ambulatorio con seguimiento de consultas”.*

Solicitado informe a la Inspección Sanitaria, con fecha 16 de octubre de 2017, se emite éste (folios 172 a 180) que se remite acompañado de literatura médica sobre la intervención realizada y lesión sufrida por la reclamante (folios 372 a 377). El médico inspector en su informe analiza la asistencia prestada a la reclamante y efectúa diversas consideraciones. Señala así que la atención a la paciente en Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos el día 11 de diciembre de 2016 fue deficitaria pues no se midieron los niveles de dímero, la calidad del eco-doppler por la terminología usada no fue adecuada, cuestiones que podrían agravar las condiciones para que después de tener una trombosis venosa profunda como la que le fue diagnosticada en Urgencias, tuviera unos días más tarde una grave enfermedad como es la trombosis pulmonar. Considera que hubo un tiempo excesivo entre la asistencia del día 11 de diciembre de 2016 y la cita señalada para consulta de Medicina Interna el día 3 de enero de 2017, tras el diagnóstico de trombosis venosa profunda y concluye que *“consideramos que algunas de estas actuaciones pueden estar alejadas de la lex artis e hipotéticamente haber contribuido a que se produjera una lesión más grave como es la trombosis pulmonar”.*

Se ha unido al procedimiento un informe pericial, fechado el día 13 de mayo de 2019, emitido a instancia de la compañía aseguradora del SERMAS por una especialista en valoración del daño corporal que valora los daños sufridos por la reclamante en 5.917,44 € en calidad de lesiones temporales (14 días de pérdida de calidad de vida grave y 25 días de pérdida de calidad de vida moderada) y por 5 puntos de secuelas psicofísicas (folios 387 a 397).

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se acordó conceder el oportuno trámite de audiencia a la reclamante el día 27 de mayo de 2019, notificado el día 3 de junio de 2019, así como al Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Con fecha 30 de mayo de 2019 el representante de la reclamante presenta un escrito en el que solicita acogerse “*al sistema de Servicio de Coordinación de Conflictos*” o, subsidiariamente, que se impulse la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

El día 18 de junio de 2019 el representante del reclamante presenta escrito de alegaciones, en las que pone de manifiesto cómo el informe del médico inspector acredita la falta de diligencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, si bien considera “*exigua*” la indemnización propuesta en el informe de valoración del daño emitido y reduce la indemnización la mitad de la inicialmente solicitada, 65.000 €.

El día 29 de mayo de 2019 presenta alegaciones la gerencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en las que manifiesta su oposición al informe de la Inspección, al considerar que su actuación fue conforme a la *lex artis*, y acompaña de los escritos firmados por el jefe de Servicio de Urgencias, del jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vasculare y del jefe del Departamento de Radiología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Con fecha 10 de julio de 2019 se dictó propuesta de resolución que estima parcialmente la reclamación reconociendo una indemnización a favor de la reclamante de 5.917,44 € (folios 435 a 439).

**CUARTO.** - Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 12 de agosto de 2019 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 392/19, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 17 de octubre de 2019.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC según establece su artículo 1.1, dado que este procedimiento se incoó a raíz de una reclamación

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

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid en cuanto que el Hospital Universitario Rey Juan Carlos es un centro concertado con la Comunidad de Madrid. En este punto cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se manifestó el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y el más reciente 13/15, de 21 de enero) y ha sido reiterado por esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9ª).

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJ-PAC el

derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, efectuada la intervención quirúrgica el 28 de noviembre de 2016, la reclamante fue dada de alta ese mismo día, siendo diagnosticada el día 11 de diciembre de 2016 de trombosis venosa profunda y el día 15 de diciembre de tromboembolismo pulmonar bilateral, por lo que la reclamación presentada el día 16 de febrero de 2017 no cabe duda alguna de que ha sido formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al Servicio de Cirugía Vasculuar y al Servicio de Urgencias del Hospital Rey Juan Carlos, de Móstoles, que intervino a la paciente. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, un informe de valoración del daño corporal y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante, así como al Hospital Rey Juan Carlos, que ha presentado alegaciones. Por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

**TERCERA.** - Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El

desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada Ley 39/2015.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

*“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.*

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que

podieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015 ), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”*.

**CUARTA.** - En el presente caso, la interesada dirige su reclamación contra los profesionales sanitarios del centro hospitalario donde se le

realizó la intervención de safenectomía, a quienes reprocha que los daños sufridos consistentes en trombosis venosa profunda y, posteriormente, tromboembolismo pulmonar, le han dejado como secuelas hinchazón en la pierna derecha, cojera, calambres, sensación de hormigueo continuo, arritmias y talalgia derecha.

De la historia clínica resulta acreditado que la reclamante sufrió una trombosis venosa profunda primero, y posteriormente, un tromboembolismo pulmonar. Sin embargo, de los informes médicos del expediente no resultan acreditadas las secuelas que la interesada dice padecer, salvo dolor pleurítico como pone de manifiesto el informe pericial de la compañía asegurador del SERMAS.

La interesada considera que las complicaciones surgidas tras la intervención fueron consecuencia de la falta de trombopprofilaxis farmacológica y que debió haber sido tratada con heparina tras la sanefectomía realizada y, una vez diagnosticada la trombosis venosa profunda no recibió los cuidados hospitalarios adecuados y fue dada de alta.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la 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.

La interesada, sin embargo, no aporta prueba pericial alguna que acredite que la actuación de los profesionales sanitarios que intervinieron a la paciente fuera negligente. Ante esta ausencia probatoria, hay que estar a lo indicado por el informe del médico inspector que indica, en relación con la falta de trombofilaxis farmacológica, que no hay acuerdo actual sobre el uso rutinario de profilaxis de trombosis en pacientes sometidos a cirugía de varices y que



un estudio retrospectivo concluye que en pacientes con bajo riesgo de desarrollar eventos tromboembólicos no está justificado el uso rutinario de trombopprofilaxis con HBPM, según recomendaciones científicas y concluye que no supone malpraxis la falta de administración de heparina de bajo peso molecular pues forma parte de la actuación que se hace con estos pacientes, ya que el efecto secundario y riesgo de ponerla es la hemorragia. Por tanto, considera que *“es una opción perfectamente lícita, no ponerla y en modo alguno supone la malpraxis que apunta la reclamante”*.

Sin embargo, sobre la falta de cuidados hospitalarios tras el diagnóstico de trombosis venosa profunda, el informe de la Inspección Sanitaria indica que a la paciente se le debió hacer una análisis de sangre de dímero D que habría permitido confirmar el diagnóstico de trombosis o embolia pulmonar, al tratarse de una prueba exacta y sensible en un 95%. Además, según el médico inspector la calidad del eco-doppler realizado el día 11 de diciembre de 2016, por la terminología utilizada no era adecuada y debía haberse realizado un eco-doppler más resolutivo en Urgencias. Además, se le tenía que haber realizado un seguimiento más inmediato de una enfermedad potencialmente grave y no haber demorado cita para seguimiento hasta el día 3 de enero. Así, según el médico inspector:

*“Estos pequeños detalles, pueden haber influido, en un porcentaje que consideramos difícil de determinar en que la trombosis venosa profunda pase a una enfermedad grave como es la trombosis pulmonar, aun cuando hubiera sido posible que pese a resolver esos pequeños detalles la enfermedad se hubiera producido igualmente.*

*Por todo ello consideramos que algunas de estas actuaciones pueden estar alejadas de la lex artis e hipotéticamente haber contribuido a*

*que se produjera una lesión más grave como es la trombosis pulmonar”.*

En el trámite de audiencia se han incorporado informes de los servicios de Cirugía Vasculat, Urgencias y Radiología para rebatir lo afirmado por el médico inspector. En concreto, el informe del jefe Servicio de Urgencias señala que en el presente caso no era necesario el análisis del Dímero D porque se había llegado al diagnóstico de trombosis venosa profunda con el eco-doppler y que *“puesto que la paciente tenía una alta probabilidad, y teniendo ya un diagnóstico no es necesario realizar ninguna determinación de DD, puesto que como se ha explicado anteriormente esta es una prueba de cribado y ya se tenía confirmación diagnóstica con la ecografía”.*

En relación con el excesivo tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la trombosis venosa profunda el día 11 de diciembre hasta la cita para revisión el día 3 de enero indicado por el informe de la Inspección Sanitaria, el informe del jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos señala que se ajustaba al protocolo vigente en el Hospital Rey Juan Carlos para el *“Diagnóstico y tratamiento de enfermedad tromboembólica venosa v2”* que afirma:

*“Se administrará la primera dosis de Heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la Urgencia explicando al paciente la técnica de inyección. Se remitirá al paciente al médico de cabecera para inicio de anticoagulación especificando la pauta de inicio de acenocumarol, sugiriendo en el informe el inicio de la misma en el plazo de 2-3 días y anotando que debe estar al menos 7 días con HBPM. (...) Se remitirá asimismo a los pacientes a la consulta enfermedad tromboembólica (Medicina Interna) para revisión en 15-30 días”.*

Se observa que en el informe de alta del Servicio de Urgencias de 11 de diciembre de 2016 las indicaciones al alta fueron *“seguir con media de*

*compresión, ponerse enoxaparina 100 u al día (se pone dosis y se enseña) y acudir a consultas de MI el día de la cita”, sin hacer referencia alguna a la administración de acenocumarol ni seguimiento por el médico de Atención Primaria, por lo que no se ajustó al protocolo del propio centro.*

Por este motivo debe concluirse, como señala el informe de la Inspección, que la actuación del Servicio de Urgencias el día 11 de diciembre de 2016 no se ajustó a la *lex artis*.

A esta conclusión debemos atenernos dado que los informes de la Inspección Sanitaria obedecen a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016):

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

En conclusión, en este caso, no cabe duda que se ha acreditado la omisión de medios en la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y que la interesada ha sufrido un daño que no tiene la obligación de soportar, revistiendo por tanto la condición de antijurídico.

**QUINTA.-** Procede por exigencias de lo dispuesto en el artículo 34 LRJSP, emitir dictamen sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

A estos efectos se ha de tener en cuenta, con carácter orientativo, el baremo establecido para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación en 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 su escrito de reclamación la interesada solicitaba una indemnización de 130.000 € que, en el trámite de audiencia reduce a la mitad. La interesada no ha aportado ningún informe pericial que valore los daños sufridos por la reclamante.

El informe de valoración del daño elaborado a instancias del Servicio Madrileño de Salud fija una indemnización en 5.917,44 € en atención a las lesiones temporales, 14 días de pérdida de calidad de vida grave y 25 días de pérdida de calidad de vida moderada, así como 5 puntos por secuela psicofísica por el dolor pleurítico que, aunque no está prevista expresamente en el baremo de la Ley 35/2015, asimila a la disnea para esfuerzos importantes con alteración menor de los tests funcionales.

En la valoración de los daños causados por la actividad sanitaria, se ha de recordar el carácter orientativo que tiene el baremo establecido por la Ley 35/2015. Por este motivo, esta Comisión Jurídica Asesora considera que, al tratarse de una secuela -dolor torácico- no expresamente contemplada en el baremo de la Ley 35/2015 y teniendo en cuenta el carácter orientativo del mismo, procede una valoración a tanto alzado que reconozca a la reclamante una indemnización de 7.000 €. Cantidad que debe considerarse actualizada.

Por todo lo que antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada y reconocer una indemnización a tanto alzado de 7.000 €.

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 17 de octubre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 414/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid