

Dictamen nº: **397/20**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **22.09.20**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 22 de septiembre de 2020, 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 D. ...., por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Infanta Cristina, en el tratamiento de una gonalgia.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 27 de julio de 2018 en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el interesado antes citado, asistido de abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Infanta Cristina, en el tratamiento de una meniscopatía (folios 1 a 25 del expediente administrativo).

Según expone en su escrito, el reclamante, con antecedentes de *“hipertensión arterial; antecedentes familiares de trombosis venosa profunda (TVP) y sobrepeso”*, el día 17 de septiembre de 2017 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina por

intensos dolores en la rodilla izquierda. Tras exploración física y la realización de una radiografía de rodilla fue diagnosticado de gonalgia derecha, “*possible meniscopatía externa*” y fue dado de alta con indicación de tratamiento antiinflamatorio; inmovilización de rodilla con vendaje comprensivo y “*reposo con la pierna elevada, debiendo caminar con muletas*” y pone de manifiesto que en ningún momento se le preguntó sobre la posible existencia de antecedentes familiares ni la posible existencia de factores de riesgo.

Refiere que 4 días después, el 21 de septiembre de 2017 acudió a su médico de Atención Primaria, al persistir intensos dolores que no desaparecían y que se le cambió el vendaje, así como se prescribió tratamiento con heparina de bajo peso molecular.

Según explica el escrito de reclamación, cuatro días después, el 25 de septiembre de 2017, acudió al Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Infanta Cristina donde se le efectuó una exploración física, se solicitó una resonancia magnética, se suspendió el tratamiento con heparina y “*al igual que en la primera asistencia, se le indicó caminar progresivamente con carga parcial y reiniciar la actividad habitual en aproximadamente 2 semanas*”.

El interesado manifiesta que los resultados de la resonancia magnética solicitada objetivaron degeneración del menisco externo sin desgarro, descartando la rotura.

El reclamante dice que tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario el día 14 de octubre de 2017 por dolor en la región gemelar junto con el aumento del perímetro del miembro inferior derecho, diagnosticándose una trombosis venosa profunda. Ese día se le interrogó por sus antecedentes familiares a lo que respondió que existía un antecedente familiar de trombosis venosa profunda. El paciente fue dado de alta con indicación de enoxaparina

100 mg cada 12 horas, hasta valoración por su médico de Atención Primaria e *“iniciar anticoagulación para mantener un INR entre 2 y 3”*.

Dos días más tarde, expone, tuvo que volver a Urgencias porque notaba más dolor e hinchazón en el gemelo derecho. Al no observarse cambios en relación con la visita anterior se mantuvo el diagnóstico de trombosis venosa profunda, así como el tratamiento de enoxaparina *“hasta que fuera valorado por su médico de cabecera, quien, además debería añadir al tratamiento Sintrom”*.

Refiere que el día 27 de octubre de 2017 su médico de Atención Primaria le derivó al Servicio de Urgencias *“para que se le practicara un nuevo estudio eco-doppler por los intensos dolores que tenía”*. Sin embargo, dice que en el hospital se descartó realizar dicho estudio al entender que *“no aportaría nada nuevo”*, por lo que *“se mantuvo diagnóstico y tratamiento prescrito con anterioridad y se recomendó acudir de nuevo a Urgencias en caso de empeoramiento”*.

La reclamación continúa exponiendo que el día 17 de noviembre de 2017 acudió a la consulta del especialista para el control de la trombosis y que *“en esta ocasión sí se le realizó un estudio eco-doppler venoso de miembro inferior derecho urgente”*, diagnosticándose *“trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho. Inmovilismo secundario a fractura meniscal como posible desencadenante (AP familiar de TVP)”*, decidiéndose *“suspender el tratamiento con Sintrom durante un mes y sustituirlo por Clexane con la finalidad de realizar estudio genético debido a sus antecedentes familiares”*.

Expone que el día 16 de enero de 2018, en consulta de seguimiento se le realizó una ecografía que descartó la existencia de trombos y se le informó que era *“portador heterocigoto de la mutación G1691A del gen del Factor V Leide”*, por lo que tenía, aproximadamente, *“de 4 a 8 veces mayor riesgo de trombosis venosa*

*que los individuos que no presentan dicha mutación". Considera que "debido a la falta total de diligencia en la asistencia sanitaria prestada (...) ha de estar bajo tratamiento anticoagulante de por vida, con las consecuencias que ello supone".*

Solicita una indemnización de 45.715,5 €, cantidad resultante de la suma de 40.297,83 € por secuelas (25.297,83 € en concepto de perjuicio personal básico por 23 puntos más 15.000 € por perjuicio personal particular) y 5.417,67 € por las lesiones temporales correspondientes a 95 días de perjuicio moderado más el perjuicio patrimonial derivado de los gastos de gimnasio y de la medicación prescrita.

Acompaña su escrito con informes médicos del Hospital Universitario Infanta Cristina, facturas correspondientes a los gastos realizados, informe del resultado de la resonancia magnética realizada al paciente, informe pericial para acreditar la existencia de mala praxis y copia del escrito de reclamación presentado por el interesado el día 15 de noviembre de 2017 dirigido al Hospital Universitario Infanta Cristina y la carta del director gerente de dicho centro en respuesta a dicho escrito (folios 26 a 90).

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

El reclamante, de 44 años de edad, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina el día 17 de septiembre de 2017 por dolor en la rodilla derecha tras una torcedura mientras andaba. Como antecedentes personales el paciente refirió hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DL). No se reflejaron en el informe de Urgencias antecedentes familiares. Se realizó exploración física de la rodilla y una radiografía en la que no se apreció lesión ósea aguda alguna. Con el juicio clínico de gonalgia derecha, con posible sufrimiento de meniscopatía externa, se indicó como

tratamiento “*limitar el apoyo de la extremidad, vendaje compresivo tipo rodillera, reposo con la extremidad elevada*”, añadiendo tratamiento analgésico y la advertencia, “*puede andar con muleta*” y “*seguimiento consulta de trauma previa cita*”.

El reclamante fue valorado en consulta de su Médico de Atención Primaria el día 18 de septiembre de 2017, transcribiéndose el contenido del informe del Servicio de Urgencias anteriormente citado, prescribiendo, además del analgésico pautado por el Servicio de Urgencias, Clexane 40 mg (heparina de bajo peso molecular).

Los días 21 y 22 de septiembre el paciente volvió a su centro de Atención Primaria para el cambio de vendaje, anotándose en la historia: “*inmovilización*”. Se reflejó también en la historia clínica del centro de salud que el paciente refería haberse caído la noche del día 21.

El reclamante fue valorado en Consultas Externas de Traumatología el día 25 de septiembre de 2017. Se solicitó la realización de una resonancia magnética abierta, por claustrofobia, al considerar la exploración compatible con rotura del cuerno posterior menisco externo (CPME). Como tratamiento se le indicó: “*Caminar progresivamente con carga parcial; fisioterapia domiciliaria; reiniciar actividad habitual en 2 semanas aproximadamente y suspender el tratamiento con heparina*”.

Con fecha 14 de octubre de 2017 el reclamante acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina por dolor en el miembro inferior derecho. Como antecedentes personales refirió posible alergia a Oraldine, hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), esteatohepatitis no alcohólica.

Acudía por dolor en región gemelar de miembro inferior derecho de una semana de evolución, de características continuas, de predominio nocturno, asociado a un aumento del perímetro de miembro inferior derecho. *“No empeora especialmente con la marcha o con la bipedestación. Estuvo inmovilizado durante 2 semanas por fractura meniscal con heparina sc 40 mg/d. No dolor torácico, disnea o palpitaciones”.*

En la exploración de los miembros inferiores, el izquierdo estaba normal, pero el derecho se encontraba ligeramente edematoso sin fóvea y con eritema muy leve. *“Ligeramente aumentado de Tº. Dolor a la palpación de región gemelar. Homans negativo”.*

Tras la realización de una analítica, y ante la sospecha de trombosis venosa profunda se solicitó la realización de eco-doppler urgente en el que confirmó: *“Extensa trombosis venosa profunda que se extiende por la vena femoral superficial de unos 5 cm del cayado de la safena hasta la vena poplítea, los troncos infrapoplíteos proximales y las venas gemelares. Troncos infrapoplíteos distales no visualizados. Vena safena mayor y cayado de la safena permeables sin signos de trombosis”.*

*Paciente estable hemodinámicamente (HD), sin datos de tromboembolismo pulmonar (TEP), joven que puede realizar perfectamente el tratamiento domiciliario, sin indicadores de riesgo conocidos (IRC) ni otros factores que aconsejen el ingreso, por lo que doy tratamiento con Enoxaparina. No inicio Sintrom por riesgo de elevar el potencial de sangrado”.*

Como juicio clínico se hizo constar: *“Trombosis venosa profunda del miembro inferior derecho e inmovilismo secundario a fractura meniscal como posible desencadenante. (Antecedente personal familiar de trombosis venosa profunda)”.*

Como recomendaciones se indicaron: Enoxaparina 100 mg. cada 12 horas hasta valoración por su médico de Atención Primaria; medias de compresión hasta raíz de miembro inferior derecho; caminar y deambular libremente; paracetamol cada 6 horas, si dolor; ibuprofeno cada 8 horas, alternando con paracetamol, si persistiera el dolor; solicitud de cita en Medicina Interna; acudir a Urgencias en caso de empeorar o aparecer nuevos síntomas y control por su médico de Atención Primaria. *“Aconsejo iniciar anticoagulación oral. Si decide acenocumarol, mantener doble anticoagulación hasta un INR entre 2 y 3”.*

El día 16 de octubre de 2017 el reclamante acudió a su médico de Atención Primaria que transcribió el informe del Servicio de Urgencias al alta del día 14 y extendió las recetas de los medicamentos pautados.

Ese mismo día el paciente volvió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina *“por notar más inflamado el gemelo derecho con dolor. No disneas, ni palpitaciones ni fiebre”.*

A la exploración presentaba un aumento del diámetro de la pierna derecha con respecto a la izquierda, *“sin cambios respecto al día anterior, no edemas significativos”*. Al no observarse signos de alarma se indicó el mismo tratamiento con la Enoxaparina *“hasta valoración por su médico de cabecera, quien añadirá Sintrom y seguir controles de forma ambulatoria”*, e indicación de volver a Urgencias en caso de disnea, palpitaciones o sangre al toser. *“Mientras tanto control por médico de cabecera”*.

Al día siguiente, 17 de octubre, el reclamante fue atendido en su centro de salud por episodio de trombosis venosa profunda de miembros inferiores. Consta en la historia clínica:

*“Hablo con Dr. (...), de Medicina Interna y comento la negativa del paciente para iniciar Sintrom. (...). Llamo al paciente para comentarlo y se niega a tomar Sintrom. Exige el mejor anticoagulante oral. Hablo con Atención al Paciente y comento al paciente, así como de nuevo con Medicina Interna. Remito como preferente a Medicina Interna, manteniendo solo Clexane ante la negativa a iniciar Sintrom”.*

El 27 de octubre de 2017 acudió de nuevo a su médico de Atención Primaria. Refería empeoramiento del dolor en gemelo en los últimos días. En la exploración, Homans positivo, dolor en gemelo a palpación externa, no endurecimiento de miembros inferiores ni empastamiento. Remite al paciente a Urgencias para valoración.

Ese mismo día, el paciente fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina, derivado por su médico de Atención Primaria para, según refería, *“nueva eco-doppler”*, *“por presentar desde hace 2 días nuevamente dolor intenso en pierna derecha. No disnea, ni palpitaciones ni fiebre. Niega otras molestias”*.

A la exploración, aunque había aumento del diámetro en la pierna derecha en la región gemelar, con respecto a la izquierda, no presentaba dolor al palpar el gemelo ni signos inflamatorios. *“No trayectos venosos indurados, no edemas significativos, Homans (+) derecho. Pulsos presentes y rítmicos”*.

Se hizo constar en el informe: *“no creemos que sea subsidiario de controles evolutivos con eco-doppler, que no aportaría nada al diagnóstico que ya tiene ni al tratamiento pautado. En todo caso se podría solicitar pruebas regladas a su criterio, sin ser por Urgencias, a menos que aparezcan complicaciones (síntomas y signos de probable TEP), que ahora no los presenta”*.

Con el diagnóstico de trombosis venosa profunda sin signos de alarma, el paciente fue dado de alta con el mismo tratamiento pautado.

Con fecha 16 de noviembre de 2017 el paciente fue valorado por primera vez en Consultas Externas de Medicina Interna para “*estudio de trombosis*”. En sus antecedentes se recogió que el padre del paciente había sido diagnosticado de trombosis venosa profunda, diabetes mellitus 2 (DM2), así como cáncer de estómago y esófago. Como enfermedad actual, se recoge: “*A partir de rotura de menisco externo, tuvo que estar en reposo que acabó en dolor gemelar que posteriormente ascendía hacia ingle. Refiere que tuvo que acudir a Urgencias por tener los mismos síntomas donde se mantuvo actitud terapéutica.*”

Se efectuó exploración de las extremidades inferiores que no presentaban edema, Homans negativo. Pulso distal presente.

Se anotó el resultado del eco-doppler venoso del miembro inferior derecho urgente realizado y se indicó el diagnóstico de trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho, inmovilismo secundario a fractura meniscal como posible desencadenante (antecedente personal familiar de TVP). Se indicó suspender durante un mes el tratamiento con Sintrom y sustituirlo con Clexane para realización de estudio de coagulación al mes de su suspensión, debiendo iniciar el tratamiento con Sintrom, una vez realizada la analítica, y se solicita nueva ecografía en 2 meses (evolutiva).

El día 28 de diciembre de 2017 se realizó analítica, cuyos resultados constan en la historia clínica y de los que fue informado ese mismo día, con la excepción del resultado del Factor V Leiden y mutación gen de la protrombina.

El día 16 de enero de 2018 el reclamante fue atendido nuevamente en Consultas Externas de Medicina Interna donde se le comunicaron los resultados de la analítica solicitada en la consulta previa que estaban pendientes. En ella se informó al paciente que era portador heterocigoto de la mutación G1691A del gen del Factor V Leiden y de que los individuos heterocigotos para esta mutación muestran, aproximadamente, de 4 a 8 veces mayor riesgo de trombosis venosa que los individuos que no presentan dicha mutación. Acudió a revisión para ver el resto de factores pendientes y realizarse eco-doppler que fue informado verbalmente por el radiólogo “*sin datos de trombosis*”. Ante el hallazgo de mutación del Factor V Leiden, se le indicó que era candidato a anticoagulación definitiva.

En la analítica realizada se observó ligera hipertransaminasemia, e hiperlipidemia mixta. El paciente ya estaba tomando Atorvastatina 20 mg al día para el tratamiento de la dislipemia y como anticoagulante se le recomendó acenocumarol en la pauta que precisara para mantener un INR dentro del rango 2-3. Se le indicó mantener una dieta baja en grasas, actividad física normal y se programó nueva revisión en marzo con analítica y control de perfil de riesgo cardiovascular.

Con fecha 23 de enero de 2018 fue valorado en Consultas Externas de Traumatología del Hospital Universitario Infanta Cristina, haciendo constar en la historia clínica que el paciente estaba clínicamente bien, que no presentaba clínica meniscal, y que iba a comenzar tratamiento rehabilitador. Indican tratamiento conservador y programan revisión en 3 meses.

La siguiente revisión en Consultas Externas de Medicina Interna tuvo lugar el día 2 de abril de 2018. En ella, se hizo constar en la hoja de evolución del paciente que se encontraba clínicamente bien y que en ocasiones le molestaba la pierna. En la exploración se indicó que

existía buena perfusión distal, signo de Homans negativo, pulso poplíteo y femoral fuerte y presente. En relación con los resultados de los análisis, existía mejora en el nivel de triglicéridos y que la fracción LDL de colesterol se encontraba dentro de los niveles objetivo (<100), faltando todavía por elevar los niveles de HDL. También se apreciaba mejora en el nivel de transaminasas, nivel de ferritina elevada con hierro bajo, indicando que no precisaba soporte suplementos férricos y, finalmente, déficit leve de Vitamina D. Se programó nueva revisión en 6 meses, recomendando la realización de una dieta rica en pescado azul y ácidos grasos Omega 3 para aumento del HDL, Acfol a días alternos, así como toma de Hidroferol.

El día 24 de abril de 2018 fue valorado nuevamente en Consultas Externas de Traumatología donde se indicó que articularmente se encontraba asintomático y que refería pesadez a nivel del gemelo, lo que relacionaban posiblemente con su alteración vascular. Fue dado de alta de dicho servicio, derivando el seguimiento a través de su Médico de Atención Primaria.

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

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, ha emitido informe el jefe de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Infanta Cristina (folios 253 a 265) que con fecha 5 de septiembre de 2018 concluye:

*“De acuerdo con el presente informe, consideramos que la totalidad del personal sanitario del Hospital Universitario Infanta Cristina que atendiera al paciente (...) ha actuado en el seguimiento de la lex artis y la evidencia científica”.*

Se ha incorporado al procedimiento el informe la Inspección Sanitaria de fecha 11 de octubre de 2018 (folios 267 a 282) que, tras el análisis de los hechos examina la asistencia sanitaria prestada al reclamante y concluye que “*no existía indicación de anticoagulación profiláctica en el paciente, según sus antecedentes familiares aportados hasta entonces, personales y situación clínica*”; que posteriormente “*existía indicación de anticoagulación terapéutica una vez ocurrida la TVP*” y que el diagnóstico posterior de la alteración de la coagulación es el que ha obligado al paciente a tener una anticoagulación de por vida.

El médico inspector concluye que «*los profesionales que han atendido al reclamante han actuado según la “lex artis” y la “lex artis ad hoc”*».

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia. Con fecha 10 de julio de 2019, el abogado del reclamante formula alegaciones en las que manifiesta su desacuerdo con el informe de la Inspección Sanitaria.

Finalmente, se ha formulado propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria (folios 294 a 298) con fecha 31 de enero de 2020 desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha acreditado la existencia de mala praxis ni deficiencia alguna en la asistencia sanitaria prestada al paciente ni concurrir, por tanto, la antijuridicidad del daño.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 23 de julio de 2020 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 357/20, 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 22 de septiembre de 2020.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 € 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 de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo,

LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

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

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial, el Hospital Universitario Infanta Cristina.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC 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 caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que el reclamante fue diagnosticado de trombosis venosa profunda el día 14 de octubre de 2017, por lo que la reclamación presentada el día 27 de julio de 2018 está 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 procedural y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Infanta Cristina. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica del paciente.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia al reclamante, que ha efectuado

alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que “*no se ha puesto de manifiesto ni mala praxis ni deficiencia alguna, habiendo quedado acreditado que la actuación sanitaria ha sido acorde a lex artis, lo que conlleva la falta de antijuricidad en el daño*”.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJPAC:

- 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. Así, la

Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que “*es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)*”.

- 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 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) “*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 la asistencia sanitaria, 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.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5<sup>a</sup>) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) 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*”».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como

señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010)) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “*puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido*”, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

**QUINTA.-** Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que el reclamante, diagnosticado el día 14 de octubre de 2017 de trombosis venosa profunda, tuvo que recibir tratamiento antitrombótico. El interesado alega que “*si no se hubieran pasado por alto desde el principio todos los factores de riesgo que presentaba el paciente y se hubiera prescrito tratamiento con profilaxis antitrombótica como protección frente a una TVP el paciente no habría sufrido las lesiones que presenta actualmente*” consistentes en dolor gemelar continuo y en muslo, aumento del diámetro de la pierna, tumefacción residual gemelar, necesidad de tomar paracetamol a demanda y “*a raíz de la TVP ha sido diagnosticado de alteración del Factor V de Leyden, por lo que está en tratamiento con Sintrom definitivo*”.

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 el presente caso, el interesado aporta un informe pericial elaborado por una especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica con fecha 10 de julio de 2018 en el que se afirma que, tras la exploración del paciente, se observa “*dolor a la palpación del gemelo*

*derecho que se encuentra edematoso con aumento de 2 cm. de diámetro respecto al contralateral”; calor local a la exploración de gemelo y muslo; realiza apoyo monopodal sobre pierna derecha con importante dolor y movilidad de articulaciones de la pierna derecha conservada.*

Según este informe pericial, en la asistencia sanitaria prestada no se actuó conforme a la “*lex artis*” porque en la atención en Urgencias el día 17 de septiembre al haberse inmovilizado la pierna con vendaje indicándose expresamente “*reposo con pierna elevada y limitar el apoyo de la extremidad, lo que claramente condiciona una inmovilización del paciente que solo de forma puntual puede usar muletas en descarga para ir cama/ sillón/ servicio*”.

En relación con la atención dispensada el día 25 de septiembre de 2017, el informe pericial de parte considera que la retirada de la profilaxis antitrombótica pautada por el médico de Atención Primaria es una “*clara negligencia ya que el paciente continuaba con sintomatología, no se le dejaba apoyar del todo la extremidad (lo que conlleva inmovilización) y no se le citó de forma cercana para ver cuál era la evolución del dolor y si estaba movilizándose de forma correcta*”.

Frente a lo afirmado por el informe pericial aportado por el reclamante, el informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Infanta Cristina señala que “*no se ajusta a la verdad que en la primera visita a Urgencias del paciente tras el traumatismo de rodilla se inmovilizara de ninguna manera dicha articulación. Un vendaje compresivo no es una inmovilización. Dado que no hay inmovilización y no hay constancia en la historia previa del paciente de ningún antecedente propio o familiar de trombosis, no hay indicación alguna de pautar anticoagulantes*”. El informe añade que el uso de medicación anticoagulante se prescribe en pacientes que

requieran un reposo absoluto o parcial si la situación basal lo exige, “*que no era el caso con la información que se tenía*”.

En este mismo sentido, el médico inspector señala que cuando el paciente acudió por primera vez al Servicio de Urgencias Traumatológicas, “*pertenecía a un grupo de paciente no quirúrgicos que se catalogan con riesgo bajo para sufrimiento de TEV (tromboembolismo venoso) para los cuales no está recomendada anticoagulación profiláctica en caso de inmovilización*” y añade que, en este caso, “*al paciente no se le inmovilizó el miembro inferior ni tampoco se le recomendó reposo absoluto*”.

Por otro lado, resulta acreditado en el expediente que, al día siguiente de esta primera asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina, el día 18 de septiembre de 2017, el médico de Atención Primaria pautó tratamiento anticoagulante, por lo que no puede atribuirse la trombosis venosa profunda a esta primera asistencia sanitaria.

Sobre la retirada del tratamiento anticoagulante acordada por el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica el día 25 de septiembre de 2017, el informe del citado servicio indica que el tratamiento no resultaba necesario al haber autorizado al paciente a empezar fisioterapia y, por lo tanto, a movilizar normalmente la extremidad, desconociéndose el antecedente familiar del paciente. En este sentido, el informe explica que la aplicación de anticoagulantes sin un mayor estudio de sus circunstancias está contraindicada, pues no puede olvidarse que todos los medicamentos tienen efectos deseados y efectos adversos y que sólo debe prescribirse un medicamento cuando se tenga seguridad de que los efectos adversos (que existen siempre) son cualitativamente menos relevantes que los efectos deseados. Por este motivo, el informe del servicio manifiesta que “*la utilización de anticoagulantes genera anticoagulación de la*

*sangre y por tanto, un aumento muy significativo del riesgo de hemorragia. Una torcedura de pie no cuenta con riesgo de muerte por sí, pero una hemorragia sí. Más aun cuando dicho riesgo es generado por el uso de una medicación no indicada”.*

Actuación ajustada a la “*lex artis*”, como corrobora en su informe el médico inspector al afirmar que “*en pacientes con riesgo de TEV por inmovilización la anticoagulación se retira cuando la movilización se inicia. Aunque este paciente no presentaba riesgo, pero lleva puesto el tratamiento, se le indicó su retirada*”.

Ante la existencia de informes periciales contradictorios, la valoración conjunta de la prueba pericial debe realizarse, según las reglas de la sana crítica, como es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora (v.gr. 223/16 de 23 de junio, 460/16, de 13 de octubre y 331/19, de 12 de septiembre), con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

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 presente caso, el informe pericial aportado por el reclamante sostiene que el día 25 de septiembre de 2017 el paciente continuaba con sintomatología dolorosa en la rodilla derecha y que por ese motivo se solicitó una resonancia magnética y que “*no se le dejaba apoyar del todo la extremidad (lo que conlleva la inmovilización)*”. Frente a esta afirmación, tanto el informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Infanta Cristina como el informe de la Inspección Sanitaria coinciden en señalar que el paciente no estaba inmovilizado y, por tanto, no requería tratamiento anticoagulante.

Del estudio de la historia clínica resulta que la resonancia magnética se solicitó porque la exploración era “*compatible con rotura de CPME*”, sin que conste que el paciente refiriera persistencia de la sintomatología. Además, el propio perito reconoce que el paciente, a pesar de haberle indicado el día 25 de septiembre “*caminar*

*progresivamente con carga parcial, fisioterapia domiciliaria y reiniciar actividad habitual 2 semanas aprox”, “continuaba con inmovilización por el dolor (hecho este que fue lo que ocurrió a nuestro paciente)”.*

En consecuencia, no puede ser objeto de reproche la retirada del tratamiento anticoagulante si el reclamante, en contra de lo pautado por el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica y por su cuenta y riesgo, continuó en reposo sin proceder a la movilización de la pierna.

En este sentido, llama la atención que, ante la persistencia de un dolor que le hacía estar inmovilizado, según reconoce el perito, el reclamante no hubiera acudido al Servicio de Urgencias o a su médico de Atención Primaria y continuara con la inmovilización de la pierna, a pesar de habersele indicado su movilización e, incluso, “reiniciar actividad habitual en 2 semanas”, plazo que se había cumplido el día 9 de octubre de 2017.

Por otro lado, conviene aclarar que el informe pericial aportado por el reclamante no dice, como afirma el reclamante en su escrito de inicio del procedimiento, que la alteración del Factor V de Leyden que determina que se haya pautado al paciente anticoagulación definitiva, sea una secuela de la asistencia sanitaria prestada en el tratamiento de una gonalgia. Así, según resulta de la documentación del expediente, se trata de una patología de la coagulación de la sangre por una mutación heterocigótica y, por tanto, anterior y sin relación alguna con la asistencia sanitaria prestada en el tratamiento de la gonalgia. Una enfermedad que exige medicación antitrombótica definitiva y que, de haber sido conocida con anterioridad a los hechos, habría supuesto la administración de tratamiento profiláctico antitrombótico.

Por último, el representante del reclamante alega en el trámite de audiencia, en respuesta a los informes incorporados al expediente sobre la falta de información del paciente a los facultativos que le atendieron, sobre sus antecedentes familiares, que la anamnesis realizada por los médicos que le atendieron fue insuficiente y que son estos los que tenían que haber preguntado al paciente sobre los antecedentes familiares del paciente en relación con la trombosis venosa profunda, como así sucedió en la asistencia en Urgencias del día 14 de octubre de 2017.

El representante del interesado reproduce en apoyo de su argumentación la cita literal de un informe de la Inspección Sanitaria en otro procedimiento de responsabilidad patrimonial resuelto por la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de mayo de 2017 (recurso nº 355/2015) en el que el médico inspector consideraba que la anamnesis y exploración realizada al paciente había sido insuficiente e incompleta.

En el presente caso, no puede considerarse que la anamnesis realizada al reclamante, tanto por el Servicio de Urgencias como por el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Infanta Cristina, haya sido insuficiente e incompleta porque no se le preguntara por los antecedentes familiares del paciente en relación con la trombosis venosa profunda.

La anamnesis y, en concreto, el apartado relativo a antecedentes familiares debe relacionarse con el motivo de consulta, sin que resulte preciso realizar una enumeración exhaustiva de todos y cada uno de los antecedentes familiares de un paciente sobre cuestiones que, en principio, no están relacionadas con la patología del paciente que motiva la asistencia sanitaria como puede ser, en este caso, una gonalgia.

Como señala, precisamente, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de 18 de mayo de 2017 citada, *“dicho razonamiento, que viene a configurar una fundamentación a la inversa, no puede ser admitido a los efectos de prueba que aquí interesan pues, partiendo del resultado, no es admisible realizar una regresión para determinar lo que se debería de haber hecho, sino que las pruebas y diagnósticos han de venir exigidos por los datos de los que se disponía en el momento de su emisión”*.

Sobre esta cuestión, resulta de aplicación la doctrina de la prohibición de regreso, aplicada reiteradamente por esta Comisión Jurídica Asesora en numerosos dictámenes, según la cual la asistencia médica ha de atender a las circunstancias de la asistencia y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual:

*“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio *ex post*, sino por un juicio *ex ante*, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”*.

En conclusión, no resulta acreditada la existencia de mala praxis porque al reclamante no se le pautara profilaxis antitrombótica en el tratamiento de la gonalgia o meniscopatía externa, al desconocerse en ese momento la patología del paciente diagnosticada posteriormente por el Servicio de Medicina Interna.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia prestada al reclamante.

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

Madrid, a 22 de septiembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 397/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid