

Dictamen n°: **140/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.03.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 23 de marzo de 2021, 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. (en adelante, “*la reclamante*”), asistida de abogada, por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Leonor –HUIL–, en relación con las secuelas derivadas de una intervención de fascitis plantar.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 4 de julio de 2018 en el registro de entrada de la Consejería de Sanidad.

La interesada refiere en su escrito que el día 21 de octubre de 2015 acudió por primera vez a su centro hospitalario de referencia por presentar, desde hacía tiempo, dolor en la planta del pie derecho, siendo asistida desde el primer momento por una doctora a la que identifica por su apellido. Explica que, siguiendo las indicaciones de dicha doctora, le fue

realizada una radiografía de carga, tras la cual, fue valorada el día 10 de febrero de 2016, comprobándose que el dolor no era limitante, por lo que la doctora citada le prescribió fisioterapia ambulatoria, considerando que no había indicación de cirugía ni de filtraciones.

A continuación expone que, una vez comprobado que con dicho tratamiento no experimentaba ninguna mejoría, el día 22 de junio de 2016 se le realizó una resonancia magnética que evidenció que sufría una tendinopatía del tendón infraespinoso con sospecha de calcificación del tendón subescapular, lo que sugería tendinitis calcificante. El tratamiento consistió en infiltraciones con botox en fascia plantar a nivel de la tuberosidad calcánea y tratamiento rehabilitador, que tampoco aliviaron el dolor que sufría, motivo por el cual, fue derivada por la misma doctora para ser intervenida quirúrgicamente mediante la liberación del gemelo interno, siendo incluida en lista de espera.

El día 28 de octubre de 2016 fue intervenida por dicha facultativa mediante artroscopia y anestesia raquídea, realizando la citada liberación del gemelo medial junto con tendoscopia aquilea y desbridamiento preaquileo en el miembro inferior derecho.

En el escrito se indica que, desde la finalización de la intervención, la paciente sufrió dolores insoportables en la zona afectada, mal controlados incluso con cloruro mórfico, a pesar de lo cual fue dada de alta al día siguiente, sin realizarle prueba diagnóstica alguna.

Continúa señalando que el día 4 de noviembre de 2016, acudió al Servicio de Urgencias de su centro hospitalario por aumento de dolor en el pie derecho, y dolor que se irradiaba desde la pantorrilla hasta la zona plantar. Tras ser vista por el Servicio de Traumatología, le administraron analgesia intravenosa para el dolor, realizaron cura de los puntos de sutura, y fue dada de alta.

El día 13 de noviembre de 2016 volvió nuevamente al Servicio de Urgencias, siendo examinada por un facultativo que, tras comprobar el estado del pie, llamó a otro y este último, a la doctora ya citada, y al hablar ambos, acordaron trasladarla a consulta sin cita para ser revisada. Explica que la doctora pudo comprobar que sufría parestesias distales generalizadas, rigidez a flexión dorsal con marcado equino y retracción aquilea, hipoestesia en territorio tibial, así como dolores incontrolables.

Explica que el 27 de diciembre le realizaron un TC que evidenció cambios postquirúrgicos con seroma y hematoma parcialmente organizado por lo que la doctora le propuso realizar una exéresis del hematoma, e intentar movilización bajo anestesia.

Indica que, una vez más, siguiendo las instrucciones del citado facultativo, el 30 de diciembre se sometió a una nueva intervención para evacuar el hematoma del talón de Aquiles, así como liberación de la fibrosis. Precisa que el dolor persistió durante el postoperatorio, siendo dada de alta a su domicilio el día 3 de enero de 2017.

Explica que una semana después, en la revisión correspondiente, tenía pérdida de flexión dorsal total del pie derecho, y en las revisiones siguientes manifestó que sufrió tanto dolor que incluso había dejado de tomar la medicación al no calmarla absolutamente nada. A su vez, refería acorchamiento e hipoestesia en la planta del pie, produciéndole esta situación ansiedad y nerviosismo. El juicio diagnóstico fue: dolor neuropático postquirúrgico, probable atrapamiento vs traumatismo de tibial posterior.

Considera importante puntualizar que, en ese intervalo de asistencias, la paciente fue examinada por un facultativo perteneciente al Servicio de Traumatología del HUIL que, lejos de preocuparse por solucionar el problema existente, reprochó a la reclamante que se dedicase

a “fregar platos y cambiar pañales”, trato que entiende a todas luces inexplicable y totalmente insultante.

Señala que, a pesar de esa lamentable situación en la que se encontraba, decidió solicitar una segunda opinión en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde con visualización de las pruebas, no entendieron por qué había sido operada y el estado en que se encontraba.

Refiere que, en estas circunstancias, la doctora de referencia decide que no quiere continuar con el seguimiento de la paciente y la remite a otro compañero, jefe del Servicio de Traumatología del HUIL, que le ofrece una tercera intervención quirúrgica, realizada el 20 de marzo de 2018, encontrándose, según dicho facultativo, fibrosis en relación con el nervio tibial posterior.

Explica que, tras esta última intervención, su situación es la siguiente:

- Presenta cojera con necesidad de bastones para ayudarse en los desplazamientos.

- Precisa de la ayuda de tercera persona para salir a la calle, por inestabilidad y dolor.

- Se encuentra en seguimiento psiquiátrico con hipotimia, frustración e impotencia como reactivas a su situación de dependencia funcional.

- Estructuración del sueño (dosis ascendentes de zonisadima).

- Labilidad emocional.

- Síndrome ansioso depresivo con necesidad de tratamiento médico.

- Dolor neuropático crónico.

- La inactividad le ha hecho aumentar de peso 30 kg.
- Nervio tibial lesionado. Disestesias en territorio tibial posterior.
- Imposibilidad de caminar más de diez minutos seguidos.
- Rigidez del pie derecho.
- Fascitis plantar.

Pone de manifiesto que se trata de una paciente de 56 años, activa, que realizaba mucho deporte y que, actualmente, se encuentra totalmente impedida, a pesar de que la doctora indicada le planteó una sencilla intervención menor de fascitis plantar con dos o tres semanas de recuperación y sin riesgos, por lo que considera que los daños ocasionados son completamente desproporcionados.

Realiza además una consideración sobre la relación de confianza médico-paciente que mantenía con dicha doctora, hasta que le mostró los fuertes dolores que sufría después de las intervenciones por ella practicadas. Refiere que, a partir de ese momento, la relación fue fría y distante, haciéndose siempre acompañar en las siguientes revisiones y derivándola finalmente a otros facultativos para que continuaran el seguimiento, lo que generó aún más frustración en la paciente.

Finalmente señala que, en el momento de presentar la reclamación, está pendiente de realizarse un electromiograma cuyo resultado deberá ser examinado por el jefe de Servicio de Traumatología del HUIL.

No cuantifica el importe de la indemnización por no estar estabilizadas las secuelas.

Adjunta con su escrito diversa documentación médica.

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

La interesada, nacida en 1959, presentaba un cuadro de dolor crónico de años de evolución en la planta de ambos pies, documentado en su historia clínica desde 2009, en seguimiento por su médico de familia.

El 21 de octubre de 2015, es atendida en Consultas Externas del HUIL por su dolor plantar crónico, y remitida a la doctora identificada en el escrito de reclamación, para su valoración.

El 15 de febrero de 2016, la doctora valora a la paciente (*dolor insercional aquileo y preaquileo, dolor fascio plantar que irradia o resto de planta*) y recomienda tratamiento conservador con fisioterapia ambulatoria, al no encontrar indicación de infiltración ni de cirugía en ese momento. Revisión a los 3 meses.

El 25 de mayo de 2016 la misma doctora, en consulta de seguimiento, al no mejorar el dolor, deriva a la paciente a Rehabilitación del HUIL para valorar otras alternativas terapéuticas.

La paciente es atendida en el Servicio de Rehabilitación en sucesivas consultas de valoración y seguimiento, tanto por su fascitis plantar y tendinitis aquilea bilateral, como por su hombro doloroso, comenzando la valoración el día 15 de junio de 2016.

El 22 de junio de 2016, en consulta de seguimiento, la doctora de referencia valora conjuntamente el hombro doloroso y la fascitis plantar de la paciente y solicita nueva valoración por Rehabilitación, por escasa mejoría.

El 5 de agosto de 2016 la paciente tiene nueva consulta de seguimiento por su doble proceso (hombro doloroso y fascitis plantar).

El 21 de septiembre de 2016, al continuar el dolor gemelar y de pie derecho, a pesar del tratamiento rehabilitador, la doctora valora con la paciente la alternativa quirúrgica. El 22 de septiembre de 2016 incluye a la paciente en lista de espera quirúrgica. La paciente es informada según documento de consentimiento de la misma fecha, firmado por la paciente y la doctora, en el que consta:

- Diagnóstico: tendinopatía inflamatoria Aquiles derecho. Retracción del sistema Aquiles-calcáneo-plantar.

- Procedimiento indicado: liberación gemelo medial rodilla derecha. Tendoscopia aquilea derecha.

- Descripción de los riesgos típicos: infección, sangrado, lesión vasculonerviosa irreversible, lesión tendinosa, lesión gemelar, hematoma, pérdida de fuerza, recidiva, dolor.

El día 24 de octubre de 2016 la interesada acude a consulta de seguimiento en Rehabilitación, recibiendo el alta.

El 28 de octubre de 2016 la doctora indicada realizó la intervención quirúrgica de la paciente consistente en liberación de gemelo medial, tendoscopia aquilea, y desbridamiento y calcaneoplastia posterior del miembro inferior derecho.

En esa misma fecha, el Servicio de Anestesia decide el ingreso de la paciente a las 22.51 horas, por mal control del dolor, para reevaluar al día siguiente y probable alta.

El 29 de octubre de 2016 la paciente recibe el alta tras revisión por traumatólogo de guardia (14.36 horas) y Enfermería (17.12 horas), según consta en su historia clínica y en el informe de alta de hospitalización.

Desde el alta hospitalaria, el seguimiento postoperatorio de la paciente, mantiene la siguiente secuencia temporal:

- 4 de noviembre de 2016: valoración y cura de la herida quirúrgica.

- 10 de noviembre de 2016: valoración de la herida quirúrgica y retirada de puntos de sutura.

- 16 de noviembre de 2016: la doctora detecta tumefacción y hematoma en evolución. Deriva a Rehabilitación para iniciar tratamiento.

- 23 de noviembre de 2016: la doctora valora mejoría del edema y hematoma. El dolor no se controla con tratamiento habitual y cambia la pauta analgésica. La paciente es valorada por Rehabilitación.

- 15 de diciembre de 2016: la doctora detecta hipoestesia en el territorio tibial. La paciente continúa con rigidez y dolor marcado, a pesar del tratamiento rehabilitador. La doctora solicita pruebas diagnósticas: electromiograma (EMG), ecografía y tomografía computarizada (TC).

- 27 de diciembre de 2016: las pruebas diagnósticas solicitadas por la doctora sugieren cambios postquirúrgicos en el área de la intervención: seroma y hematoma parcialmente organizados.

Durante el proceso de seguimiento, la paciente acude en dos ocasiones a Urgencias del HUIL: por dolor intenso en pie derecho el 4 de noviembre de 2016 (es dada de alta, tras interconsulta a Traumatología y pauta analgésica); y el 13 de noviembre de 2016 (es dada de alta, tras interconsulta a Traumatología, que adelanta la cita con la doctora de referencia al día 16 de noviembre de 2016).

El 29 de diciembre de 2016, la doctora, en consulta con la paciente, valora la posibilidad de realizar exéresis del hematoma y movilización bajo anestesia, con los riesgos y beneficios de esta intervención. La paciente es

informada según documento de consentimiento informado de fecha 29 de diciembre de 2016, firmado por la paciente y la doctora, en el que consta:

- Diagnóstico: hematoma y rigidez tras cirugía de tendoscopia aquilea miembro inferior derecho.

- Procedimiento indicado: la intervención consiste en el aislamiento del hematoma, su extirpación para intentar que desaparezca o disminuya la sintomatología dolorosa o compresiva que provoca, así como el diagnóstico del mismo. También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

- Descripción de los riesgos típicos: *“después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida, debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas (...) Pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención (...) y los específicos del procedimiento: lesión de vasos de la zona; lesión de nervios de la zona, que puede ocasionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis (dicha lesión puede ser temporal o definitiva) (...)”.*

El 30 de diciembre de 2016 la doctora realiza esta segunda intervención quirúrgica a la paciente (evacuación de hematoma y liberación de fibrosis). La paciente es dada de alta el 3 de enero de 2017 tras cursar el postoperatorio sin incidencias, según consta en su historia clínica y en el informe de alta de hospitalización.

La secuencia temporal del seguimiento postoperatorio de la paciente, es la siguiente:

- 10 de enero de 2017: valoración de la herida y retirada de la mitad de los puntos. Dolor neuropático. Continuar con tratamiento rehabilitador.

- 18 de enero de 2017: retirada de la totalidad de la sutura: herida cicatrizada, sin signos de infección ni inflamación.

- 26 de enero de 2017: mejoría desde la valoración anterior, con mala tolerancia al tratamiento analgésico. Continuar con tratamiento rehabilitador.

- 9 de marzo de 2017: buena evolución del tratamiento rehabilitador. Tumefacción marcada, empastamiento, cicatriz indurada e induración de cuerpo de tendón de Aquiles; parestesias en territorio del nervio tibial. La doctora solicita EMG y RMN preferentes.

- 10 de abril de 2017: se realiza el EMG (estudio compatible con axonotmesis de nervio tibial posterior derecho) y la RMN (tendinopatía crónica del Aquiles con alteraciones postquirúrgicas a su alrededor).

- 1 de junio de 2017: en consulta de seguimiento, la paciente continúa con marcada limitación funcional. La doctora le ofrece la posibilidad de segunda opinión y le explica la posible mejora de la lesión neurológica a largo plazo, indicando que a su criterio, no hay actitud quirúrgica que pueda mejorar la situación clínica. Solicita nuevo EMG de control, que se realiza el 11 de septiembre de 2017.

- 14 de septiembre de 2017: consulta de seguimiento con la misma doctora, que explica de nuevo a la paciente su criterio clínico y solicita EMG de revisión a los 4 meses.

- 4 de diciembre de 2017: la paciente acude a consulta de Traumatología del HUIL para valoración por otro médico especialista. Tras valorar conjuntamente el evolutivo de la paciente, el facultativo le plantea la posibilidad de cirugía de revisión del nervio periférico, tras presentar el caso en sesión clínica con Neurofisiología.

Durante este segundo seguimiento, la paciente es valorada por la Unidad del Dolor del HUIL, el día 13 de enero de 2017: dolor neuropático postquirúrgico. Probable atrapamiento vs traumatismo de tibial posterior. Pauta de tratamiento analgésico.

El día 13 de febrero de 2017 consta que la paciente no ha tomado los medicamentos analgésicos pautados para el dolor. Alta médica.

El día 8 de junio de 2017 la interesada solicita una segunda opinión en el Servicio de Traumatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Figura anotado que la paciente solicita una segunda opinión por persistencia del dolor tras intervención por fascitis plantar.

El 9 de julio de 2017 consta un informe de RMN de tobillo y pie efectuada en dicho hospital: manifestaciones compatibles con fascitis plantar y tendinopatía aquilea.

El 23 de agosto de 2017 acude a consulta de seguimiento, con pauta analgesia y revisión por Unidad de Pie.

El día 2 de octubre de 2017 figura anotado que persisten las molestias con mala tolerancia a los medicamentos analgésicos. Revisión en 6 meses.

El 20 de diciembre de 2017, la paciente acude a consulta de Traumatología del HUIL para realizar bloqueo del nervio tibial posterior y sural. La paciente entiende la prueba y consiente en su realización como herramienta para mejorar el diagnóstico y la toma de decisión quirúrgica.

El 15 de enero de 2018, en consulta de seguimiento, el traumatólogo considera indicado realizar neurolisis abierta del nervio tibial posterior derecho, previo EMG selectivo. La paciente entiende la propuesta y consiente la cirugía, quedando incluida en lista de espera quirúrgica

preferente, tal como consta en el consentimiento del 15 de enero de 2018, firmado por la paciente y el doctor, en el que figura:

- Diagnóstico: síndrome de compresión nerviosa tibial posterior derecho.

- Procedimiento indicado: consiste en la liberación de un nervio en su paso por un canal estrecho, constituido generalmente por unas estructuras óseas cerradas por un ligamento. El propósito principal de la operación consiste en la mejoría de los síntomas (dolor y hormigueos) e impedir la progresión de la compresión del nervio.

- Descripción de los riesgos típicos: *“después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida, debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas. (...) pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención (...) y los específicos del procedimiento: lesión de vasos de la extremidad; lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis (dicha lesión puede ser temporal o definitiva)”*.

El 20 de marzo de 2018, se realiza la tercera intervención quirúrgica de la paciente. Abordaje posteromedial a compartimento profundo posterior a través de musculatura solea. Se objetiva fibrosis masiva profunda a la cicatriz previa especialmente en relación con el nervio tibial posterior. Se realiza liberación microquirúrgica y se recubre con Neurovac 6 mm. Hemostasia cuidadosa.

Tras la intervención, la paciente ingresa en planta, donde el postoperatorio transcurre sin incidencias hasta el 22 de marzo de 2018, fecha en la que es dada de alta según consta en su historia clínica y en el informe de alta de hospitalización.

El seguimiento postoperatorio de la paciente sigue la siguiente secuencia temporal:

- El 28 de marzo de 2018: valoración de la herida y cura local. Sin signos de infección.

- El día 4 de abril de 2018: valoración de la herida y cura local. Retirada de parte de la sutura. Sin signos de infección.

- El 12 de abril de 2018: valoración de la herida. Retirada del resto de sutura. Sin signos de Infección.

- El 23 de abril de 2018: consulta de seguimiento para valorar expectativas y tiempo de recuperación esperado. Control clínico en 2 meses.

- El 4 de junio de 2018: Consulta de seguimiento. La paciente refiere que el patrón de dolor no ha cambiado tras la intervención. Solicitud de EMG de control, que se realizará el 10 de julio de 2018.

- El 10 de julio de 2018: el EMG muestra un estudio neurológico compatible con axonotmesis incompleta del nervio tibial derecho

- El 25 de octubre de 2018: nuevo EMG. Estudio neurológico compatible con una axonotmesis incompleta del nervio tibial derecho, en fase de reinervación activa. Comparativamente con el estudio previo de julio de 2018, se objetiva una mejoría de la amplitud del potencial evocado motor a nivel proximal, permaneciendo estable a nivel distal, habiendo desaparecido la denervación aguda y con aparición de una actividad motora voluntaria (aún muy escasa) a nivel distal. Se recomienda control evolutivo.

El 28 de octubre de 2018 consta anotado que en el EMG se objetivan signos positivos de recuperación neurológica del nervio tibial posterior.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUIL.

El informe, tras detallar la asistencia sanitaria dispensada a la interesada, explica que, tanto el hematoma como la alteración neurovascular, son entidades directamente inherentes a cualquier intervención quirúrgica como así refiere de forma explícita el consentimiento informado que la interesada firmó el 22 de septiembre de 2016 -“...sangrado, lesión vasculonerviosa irreversible, pérdida de fuerza, recidiva del dolor...”-.

Explica que la axonotmesis es una entidad clínica consistente en una lesión nerviosa que conserva la continuidad del nervio en la que se degeneran las vainas mielínicas y los axones, pero las estructuras conjuntivas del nervio permanecen intactas. Clínicamente se manifiesta con paresia completa (limitación) de la corriente nerviosa. La continuidad del nervio no está interrumpida, sino que pueden producirse los fenómenos de degeneración y regeneración en su sección distal por lo que la evolución esperada y conocida en los textos académicos es alcanzar una regeneración completa del patrón neurofibrilar normal y una recuperación funcional del nervio sin intervención quirúrgica.

En cuanto a la fibrosis posquirúrgica, indica que es un proceso de cicatrización anómalo y exagerado que está en relación con factores dependientes del enfermo. Afirma que esta entidad es inherente a cualquier incisión quirúrgica y es una de las causas más comunes de persistencia del dolor tras una intervención, especialmente en cirugía de columna radicular.

Considera que, en el caso de la reclamante, es más que probable que la axonotmesis descrita pudiera estar en relación con un proceso de fibrosis posquirúrgica interna no controlable por el equipo médico.

Precisa que, según se refiere en las notas clínicas del historial, estas circunstancias fueron expuestas a la paciente y facilitado, a petición de la enferma, todas las pruebas clínicas.

Continúa analizando la asistencia prestada, refiriéndose al electromiograma de control realizado en septiembre de 2017 para ver el evolutivo de la axonotmesis que no mostró cambios respecto a previos. Refiere que, en este contexto se presentó el caso en sesión clínica colegiada para valoración y discusión por el servicio y se decidió realizar un test de bloqueo del nervio tibial posterior bajo control ecográfico que se practicó el 20 de diciembre de 2017 con una respuesta inicial satisfactoria, con cambio inmediato del patrón de dolor, con menor clínica neuropática.

Señala que, en este contexto, se plantea a la enferma una revisión quirúrgica del nervio, pues aun existiendo un riesgo extremadamente alto de nueva fibrosis en esta intervención también era más que probable una mejoría clínica. Indica que la enferma entiende y consiente esta intervención firmando el correspondiente documento acreditativo el 15 de enero de 2018.

Se refiere a la intervención quirúrgica programada de 20 de marzo de 2018, que objetiva *“una gran fibrosis en región media con sufrimiento*

nervioso. Disección microquirúrgica epidural desde distal y proximal. Se objetiva continuidad del nervio. Implantación de un neurolac al objeto de proteger el nervio (...)”.

Destaca que de esta intervención recibe el alta el 22 de marzo de 2018 con un notable alivio y cambio del patrón de dolor neuropático, según se refiere en las notas clínicas del personal sanitario que le atendió.

Hace constar además que, en el historial clínico, existen documentadas cuatro atenciones en consultas externas en relación con el seguimiento postoperatorio (28 de marzo, 4, 12 y 23 de abril de 2018) donde se menciona una adecuada cicatrización de la herida quirúrgica y una leve mejoría del cuadro doloroso.

El informe alude a la última revisión efectuada, el 4 de junio de 2018, en la que la enferma refiere que el patrón del dolor no ha cambiado tras la intervención, con una herida quirúrgica cicatrizada con zonas hipertróficas. Refiere que se explicó a la enferma que los síntomas de distalización del dolor indican reinervación y que la evolución era esperanzadora solicitando un electromiograma control que se realiza el 10 de julio de 2018 y que es informado como *“estudio neurofisiológico compatible con una axonotmesis incompleta del nervio tibial derecho. Comparativamente con el estudio previo se objetiva una mejoría de la conducción motora, aún incompleta y discreta, con aparición de potencial evocado motor distal y presencia de reinervación activa. Se recomienda control evolutivo”*.

Finaliza poniendo de manifiesto que, en la fecha de emisión del informe -31 de agosto de 2018- desconocen el grado de mejora del cuadro neuropático que puede alcanzar la enferma pero considera que *“claramente no existe vulneración del principio de lex artis ad hoc”* pues queda documentado en las distintas actuaciones asistenciales que existen en su historial clínico que en ningún momento ha habido abandono u omisión

del cuidado exigible, y mucho menos negligencia médica por parte del personal sanitario que prestó su atención a la reclamante, independientemente del cuadro neuropático incapacitante presente en el momento actual.

El 20 de noviembre de 2018, emite un segundo informe en el que indica que la paciente no ha vuelto a revisión clínica desde la visita del 4 de junio de 2018, por lo que no puede corroborar el estado clínico actual.

Añade que en el electromiograma realizado el 28 de octubre de 2018 se objetivan signos positivos de recuperación electrofisiológica del nervio tibial posterior, y que esta recuperación es acorde al objetivo de la cirugía de neurlisis microquirúrgica realizada, siendo previsible que la mejoría reseñada progrese con el paso del tiempo.

Con fecha de registro de entrada en el SERMAS el día 19 de septiembre de 2019, una abogada en nombre de la interesada presenta un escrito en que alude al tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación y solicita el traslado del informe de la Inspección Sanitaria, para tener conocimiento del mismo y continuar con la tramitación del procedimiento.

Mediante oficio de fecha 9 de octubre de 2019, la jefa de la Unidad Técnica de Coordinación contesta que aún no disponen del informe solicitado e indica que le será debidamente remitido una vez obre en su poder.

El 15 de septiembre de 2020, la abogada de la interesada reitera su solicitud, obteniendo por parte del SERMAS la misma respuesta mediante oficio de fecha 16 de septiembre de 2020.

El informe de la Inspección Sanitaria se emite con fecha 28 de octubre de 2020. Tras analizar la historia clínica y los informes emitidos, efectúa

una serie de consideraciones médicas y señala que la vista de lo actuado en los apartados anteriores, no puede evidenciar datos objetivos que indiquen que la asistencia sanitaria prestada a la interesada en el HUIL fuera incorrecta o inadecuada. Por tanto, concluye que la asistencia prestada en su proceso clínico y en el seguimiento del mismo, ha sido acorde a la *lex artis*.

El día 15 de diciembre de 2020, la abogada de la interesada registra de entrada en el SERMAS un escrito en el que indica que el 26 de noviembre de 2020 solicitó la entrega de los documentos originales de consentimiento informado de todas las intervenciones de la interesada, y más concretamente, del documento de 22 de septiembre de 2016, todo ello en función del informe realizado por la Inspección.

Se refiere al punto en que el informe del inspector señala que los consentimientos informados de las distintas intervenciones quirúrgicas, con la opción de revocarlos, habían sido firmados por la interesada; e indica que la reclamante no pudo revocar los consentimientos, al no haber sido informada de dicha posibilidad. Afirma que la paciente está segura de no haber firmado ese documento ya que, si hubiera leído los riesgos que conlleva una simple intervención de fascitis plantar, jamás se la hubiera realizado.

Señala que, ante esta situación, los documentos de consentimiento informado aportados con el expediente administrativo han sido entregados a un perito calígrafo pericial que tras el estudio de los mismos ha emitido un informe concluyendo que las firmas estampadas en los documentos de consentimiento informados estudiados, no han sido efectuadas por la reclamante.

Teniendo en cuenta dicha circunstancia, consideran del todo necesario que se acuerde por el SERMAS un nuevo estudio del presente caso.

Adjuntan un dictamen emitido por un perito calígrafo judicial en cuyas conclusiones considera que las firmas estampadas en el documento de consentimiento informado de fecha 22 de septiembre de 2016 han sido falsificadas por imitación servil, es decir, el imitador intenta reproducir una copia teniendo delante el original; y que no ha sido la interesada la amanuense de las firmas estampadas en el citado documento.

Evacuado el oportuno trámite de audiencia a la reclamante, consta presentado escrito de alegaciones reiterando la solicitud de todos los documentos de consentimiento informado originales firmados por ella y, más concretamente, el consentimiento original firmado en fecha 22 de septiembre de 2016, para que pueda ser debidamente analizada la firma de la misma. Solicita, además, nuevo trámite de audiencia previo a la resolución.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria ha formulado propuesta de resolución de 2 de febrero de 2021 en el sentido de desestimar la reclamación por no concurrir los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En cuanto a la alegación relativa a la eventual falsificación de la firma de la reclamante en los consentimientos informados, señala que es la vía penal la que debe utilizar, ya que la gravedad de los hechos imputados excede la competencia de la vía de la responsabilidad patrimonial para su esclarecimiento, por lo que, a salvo de lo que el resultado de un hipotético ejercicio de acciones penales pueda deparar, cabe entenderse que la reclamante suscribió los documentos de consentimiento informado de forma válida y eficaz, que detallan suficientemente los riesgos que la paciente desafortunadamente ha sufrido.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 2 de febrero de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 23 de marzo de 2021.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 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 (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y por tanto, para reclamar los daños que según afirma, le produjo la asistencia sanitaria recibida.

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.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, la última intervención quirúrgica se realizó el día 20 de marzo de 2018 con fecha de alta hospitalaria el día 22 de marzo de 2018. Por tanto, la reclamación presentada el día 4 de julio de 2018 está formulada dentro del plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de determinación de las secuelas.

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 han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 de la LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, 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 y por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

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.

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:

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 5ª) 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.- Como hemos señalado anteriormente, para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron 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 se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Sin embargo, en este caso, la interesada no aporta prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis en la asistencia prestada en el HUIL. Frente a esta ausencia probatoria, tanto el informe del servicio implicado, como el informe de la Inspección coinciden en señalar que la asistencia prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis*.

Sentado lo anterior, procede analizar el concreto reproche formulado por la interesada, que considera desproporcionadas las secuelas referidas en su escrito, que atribuye a las intervenciones quirúrgicas que le fueron realizadas.

Frente a dicha consideración, la Inspección Sanitaria, realiza su informe en términos coincidentes con el emitido por el jefe de Servicio de Traumatología del HUIL.

Comienza su informe precisando que, antes de ser atendida en las consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUIL, la paciente era portadora de un dolor plantar crónico y persistente en ambos pies, documentado desde 2009.

Indica que cuando la doctora del HUIL valora por primera vez este dolor de años de evolución en febrero de 2016, pauta un tratamiento conservador con fisioterapia, aplicando el principio de prudencia y las recomendaciones técnicas recogidas en la bibliografía médica, ya que, si bien no hay un protocolo de tratamiento establecido para la tendinopatía aquilea, casi todos los autores coinciden en comenzar por el tratamiento conservador.

Señala que, en la literatura médica, hay consenso entre los autores en utilizar la cirugía para este tipo de proceso entre el 25-35% de los pacientes que no mejoran con el tratamiento conservador, estimando en 6 meses el tiempo de espera mínimo antes de contemplar la opción quirúrgica.

Refiere que esta actitud es la que mantuvo la doctora desde febrero a septiembre de 2016 (7 meses), antes de valorar el tratamiento quirúrgico y compartirlo con la paciente según consta en el consentimiento informado, firmado por ambas el 22 de septiembre de 2016.

Precisa que en dicho documento de consentimiento informado están recogidos de forma explícita los posibles riesgos típicos de esta intervención: infección, sangrado, lesión vâsculo-nerviosa irreversible, lesión tendinosa, lesión gemelar, hematoma, pérdida de fuerza y recidiva de dolor; y añade que estos riesgos coinciden con los descritos en la literatura científica para esta técnica quirúrgica, concretamente, las complicaciones más frecuentes son lesión neurológica, drenaje persistente, infección y síndrome de dolor neuronal complejo.

Explica que, desde esta intervención quirúrgica, el dolor fue un síntoma persistente, que fue valorado, seguido y tratado durante el periodo postoperatorio, si bien fue difícil de controlar por su intensidad poco habitual, por ser un dolor refractario al tratamiento farmacológico habitual y por la intolerancia de la paciente a los medicamentos analgésicos prescritos.

A continuación afirma que el seguimiento postoperatorio analizado sigue el patrón asistencial habitual de las intervenciones quirúrgicas: valoración de la herida, cura y prevención de la infección, retirada de puntos y seguimiento de la cicatrización, y añade que este procedimiento fue seguido de forma ortodoxa, detectando en el curso del mismo edema y hematoma en evolución (noviembre 2016), con intervalos de mejoría hasta que las pruebas diagnósticas solicitadas por la doctora, apuntaron a cambios postquirúrgicos previsibles: seroma y hematoma parcialmente organizados, en diciembre de 2016.

Considera indicada que la alternativa que, a criterio médico, ante la presencia de estas complicaciones posibles, la doctora plantea a la

paciente, es decir, la posibilidad de una segunda intervención para evacuar el hematoma y liberar la fibrosis, con los beneficios y riesgos de la misma, y precisa que también quedan recogidos en el consentimiento informado firmado por ambas el 29 de diciembre 2016.

En cuanto a la segunda intervención, realizada el 29 de diciembre de 2016 tras la cual la paciente fue dada de alta el 3 de enero de 2017, tras cursar el postoperatorio sin incidencias, señala que el seguimiento de la paciente tras la intervención, se realizó desde enero a septiembre de 2017, siguiendo el mismo patrón asistencial de atención y cuidados que en la primera cirugía, si bien la paciente continuó con dolor neuropático persistente y presentó limitación funcional.

Analiza dicho seguimiento, en el que, ante la presencia de tumefacción, la doctora solicita en marzo de 2017 las pruebas diagnósticas indicadas con carácter preferente, que son realizadas en abril de 2017: EMG y RMN y que indican estudio compatible con axonotmesis del nervio tibial derecho y tendinopatía crónica del Aquiles con alteraciones postquirúrgicas a su alrededor.

Precisa en este punto que tanto la axonotmesis como la fibrosis cicatricial son riesgos posibles de la cirugía realizada.

Del mismo modo que el informe del Servicio de Traumatología del HUIL, explica que la axonotmesis es una lesión nerviosa que conserva la continuidad del nervio: degeneran las vainas mielínicas y los axones, pero las estructuras conjuntivas del nervio permanecen Intactas. Clínicamente se manifiesta con paresia completa de la corriente nerviosa. Al no estar Interrumpida la continuidad del nervio, pueden producirse fenómenos de degeneración y regeneración en su sección distal.

Continúa explicando que la axonotmesis del nervio tibial posterior derecho puede ser secundarla a una fibrosis postquirúrgica anómala,

relacionada más con factores intrínsecos del paciente intervenido, que con la técnica y los procedimientos quirúrgicos utilizados. Indica que, por este motivo, las lesiones nerviosas están descritas como la complicación más frecuente de este tipo de cirugía. Señala que en el EMG se presenta una típica reacción de degeneración, aunque puede conseguirse la regeneración completa del patrón neurofibrilar y la recuperación del nervio, sin necesidad de intervención quirúrgica.

Considera que, a criterio médico, la actitud de la doctora es acorde con la evidencia disponible en la literatura médica: ante la aparición de los signos y síntomas, solicitó las pruebas diagnósticas indicadas, que confirman la sospecha diagnóstica, ante la que mantiene una actitud terapéutica conforme al consenso documentado en la bibliografía médica.

El informe pone de manifiesto como la información clínica y diagnóstica del HUIL fue confirmada en segunda opinión por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, durante el periodo de junio a octubre de 2017.

Se refiere a continuación a la asistencia prestada en diciembre de 2017, cuando la paciente acude de nuevo a Consulta de Traumatología del HUIL, en este caso atendida por otro facultativo, que reevalúa el evolutivo de la paciente y le plantea una revisión quirúrgica del nervio. Pone de manifiesto que la paciente aceptó la propuesta y ambos firmaron el consentimiento informado el día 15 de enero de 2018.

Indica que, a criterio médico, la revisión quirúrgica del nervio tibial posterior es una alternativa pertinente, cuyo objetivo es mejorar los síntomas clínicos de la paciente (dolor y limitación funcional), si bien existe riesgo elevado de nueva fibrosis <21, a la vista de los antecedentes previos. Esta situación está descrita en los riesgos típicos del documento de consentimiento informado de 15 de enero de 2018.

Se refiere a la tercera intervención quirúrgica de la paciente se realizó el 20 de marzo de 2018 y transcurrió sin incidencias con adecuado control del dolor en el postoperatorio inmediato. Se refiere también al seguimiento de la paciente tras esta intervención, desde marzo a junio de 2018, siguiendo la misma pauta asistencial de atención y cuidados que en las dos cirugías previas, si bien el patrón de dolor no cambia.

Indica que, desde un punto de vista médico, el tiempo de recuperación esperable es una variable a tener en cuenta en el seguimiento de la paciente, dada la evolución natural de la axonotmesis, precisando que, sin embargo, no hay constancia de que la paciente acudiera a consulta de seguimiento desde el 4 de junio de 2018.

A modo de resumen, tras el análisis de los hechos documentados, formula las siguientes consideraciones:

“Las alternativas terapéuticas que se ofertaron y realizaron a la paciente son pertinentes a su cuadro clínico y acordes a las descritas en la literatura médica.

-De las tres intervenciones quirúrgicas hay constancia del consentimiento informado previo de la paciente, en el que se describen los riesgos típicos de la cirugía, algunos de los cuales se presentaron en los periodos postoperatorios.

-En los tres consentimientos informados consta la posibilidad de revocación del mismo, opción que no fue utilizada por la paciente en ninguna de las tres intervenciones quirúrgicas.

Las tres intervenciones quirúrgicas propuestas y aceptadas por la paciente, siguieron los procedimientos pre-operatorios, operatorios y post-operatorios que marca el conocimiento médico y la normativa

vigente. Si bien la cirugía es un procedimiento seguro, no está exenta de complicaciones, siendo la más frecuente la lesión nerviosa.

-El seguimiento de la paciente tras sus intervenciones quirúrgicas fue pautado y realizado según normas clínicas y de cuidados al uso.

- La sintomatología y la limitación funcional persistentes que presentó la paciente tras las intervenciones, son complicaciones no esperables ni deseables, pero que están descritas en la bibliografía médica como las más frecuentes en este tipo de intervenciones.

- Las pruebas diagnósticas realizadas a la paciente tras realizar la solicitud de reclamación por responsabilidad patrimonial, ofrecen datos de mejoría, que no pueden objetivarse, ya que la paciente no ha acudido a las consultas de seguimiento desde junio de 2018.

- En el proceso asistencial de la paciente, no encuentro información que objetive un funcionamiento anormal de los servicios sanitarios analizados, ni del personal a su servicio”.

De acuerdo con lo expuesto, concluye que no puede evidenciar datos objetivos que indiquen que la asistencia sanitaria prestada a la interesada en el HUIL haya sido incorrecta o inadecuada, considerando que la asistencia prestada en su proceso clínico y en el seguimiento del mismo, ha sido acorde a *lex artis*.

Conclusión a la que hemos de atenernos teniendo en cuenta el valor fundamental del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de octubre de 2019 (recurso 798/29017), precisando que, sin ser propiamente una prueba pericial, el informe de la Inspección Sanitaria constituye un relevante elemento de juicio para resolver las cuestiones litigiosas, cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de

profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes, siempre que sus consideraciones y conclusiones estén motivadas y sean objetivas y coherentes, como es el caso.

No obstante, resta por analizar la alegación formulada por la interesada con posterioridad a la emisión del informe de la Inspección Sanitaria, referida concretamente al documento de consentimiento informado de fecha 22 de septiembre de 2016 obrante en el expediente, aportando un dictamen pericial en cuyas conclusiones se hace constar que, siempre que dicho documento sea fiel reflejo del documento original, las firmas contenidas en el mismo han sido falsificadas por imitación servil, y que la reclamante no es la autora de las mismas.

Ha de recordarse en este punto que el artículo 15 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica -Ley 41/2002-, establece la exigencia de veracidad en la historia clínica. Si se alterase de forma intencionada un dato sustancial de la misma estaríamos sin duda ante un ilícito penal cuyo conocimiento compete a la jurisdicción penal, y excede del presente procedimiento, circunscrito al ámbito estricto de la responsabilidad de patrimonial.

En definitiva, mientras no se declare probada por el órgano judicial competente la falsificación del citado documento, lo cierto es que en el expediente administrativo remitido a esta Comisión constan los documentos de consentimiento informado firmados por la interesada de fechas 22 de septiembre de 2016; 29 de diciembre de 2016; y 15 de enero de 2018, para cada una de las tres intervenciones quirúrgicas a las que fue sometida.

Además, consta anotado expresamente en la historia clínica, en cada una de las fechas reseñadas, que la interesada firmó los citados documentos. En concreto, en la anotación practicada el día 22 de

septiembre de 2016, figura anotada que firma el consentimiento informado; el 29 de diciembre de 2016 consta que “*se habla con la paciente de posibilidad de realizar exéresis de hematoma y movilización bajo anestesia, con riesgos y beneficios de dicha intervención. Entiende el procedimiento y acepta. Firma consentimiento informado*”. El día 15 de enero de 2018, figura anotado que “*la enferma entiende la propuesta y consiente la cirugía. Firma CI*”.

En definitiva, del contenido de la historia clínica se colige que la interesada fue debidamente informada, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 41/2002, y que prestó por escrito su consentimiento para la realización de cada una de las tres intervenciones quirúrgicas a que fue sometida, lo que permite considerar que conocía los riesgos que podían materializarse, aunque la técnica fuera irreprochable desde la perspectiva de la *lex artis*, como sucede en este caso.

Todo ello partiendo de que el consentimiento informado supone “*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud*” ex artículo 3 de la Ley 41/2002.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haber acreditado la existencia de mala praxis ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 23 de marzo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 140/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid