

Dictamen nº: **142/21**
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*” o “*la paciente*”), por los daños y perjuicios sufridos tras la realización de una septoplastia y una turbinoplastia en el Hospital Universitario El Escorial, en las que se dejó una gasa no retirada.

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 23 de septiembre de 2019 en la Dirección General de Atención de Paciente de la Consejería de Sanidad. Previamente, la reclamante ya había presentado el 1 de marzo de 2019 escrito de queja, en la Unidad de Información y Atención al Paciente del Hospital Universitario El Escorial, en el que manifestaba su disconformidad con los resultados y complicaciones de su cirugía de Otorrinolaringología realizada el 7 de noviembre de 2018.

Refiere la reclamante que el día 7 de noviembre de 2018 se le realizó una septoplastia en el Hospital Universitario El Escorial, tras la cual tuvo que acudir a Urgencias en diversas ocasiones con mareos, dolor de cabeza, la cara hinchada y morada, “*diciéndome en Urgencias que era normal*”. Señala que el 13 de noviembre de 2018, en la cita de Otorrinolaringología, le quitaron los tapones y, a partir de esa fecha, empeoró. Afirma que el 25 de noviembre de 2018 tuvo que acudir a Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda donde, según ella, le encontraron una gasa olvidada que le había provocado una infección.

Relata el escrito que, desde entonces, sufre “*un calvario*” de noches sin dormir, sangrado nasal, costras, cefalea y mareos. Refiere la reclamante que, tras realizarle una tomografía facial, le dijeron que tiene los cornetes minimizados, “*sin tener arreglo*”.

Según la reclamación, en el caso presente resulta inequívoca la existencia de nexo causal entre el funcionamiento anormal de los servicios públicos dependientes de la Administración y el resultado lesivo o dañoso (“*cornetes minimizados*”, afirma la reclamante), por lo que solicita una indemnización de 100.000 euros, más un sueldo vitalicio de 780 euros al mes pues, a raíz de la intervención y sus secuelas, se ha quedado sin trabajo. La reclamante no acompaña documentación junto con su escrito.

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

Se trata de una paciente, nacida en 1960, que el 27 de junio de 2018 acude al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario El Escorial. Se le realiza TC de senos faciales mediante adquisición volumétrica y reconstrucciones posteriores axiales y coronales. Se objetiva desviación septal izquierda AP-S, que contacta con la punta del cornete medio izquierdo. Hipertrofia de la mucosa de cornetes inferiores,

en probable relación con rinitis hipertrófica. Senos maxilares, celdillas etmoidales, senos esfenoidales y senos frontales sin hallazgos patológicos significativos. No se observa la obliteración de las unidades osteomeatales. Correcta definición de paredes óseas y planos grasos perisinusales.

Se hace constar, como conclusión, desviación septal izquierda. Aumento del tamaño de los cornetes inferiores sugestivo de rinitis hipertrófica. Curso clínico: se recomienda inclusión en lista de espera quirúrgica para septoplastia + turbinoplastia inferior bilateral con lateralización de cornetes inferiores, en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Se explican a la paciente los beneficios esperables y las principales complicaciones de la intervención, que entiende, acepta y firma el consentimiento informado. El diagnóstico es de rinosinusitis crónica con hiposmia, poliposis unilateral, hiposmia en estudio sin datos de alarma y desviación septal e hipertrofia turbinal. El TC objetiva desviación septal izquierda y aumento del tamaño de los cornetes inferiores sugestivo de rinitis hipertrófica.

El 24 de julio de 2018 la paciente acude al Servicio de Anestesiología del Hospital Universitario El Escorial. Se hace constar en la historia clínica lo siguiente: *“riesgo NVPO (escala Apfel): 2. Cirugía Urgente: no. TAS: 108 TAD: 73. Frecuencia Cardíaca en Adulto: 62. Saturación de O₂: 95. Peso adulto: 80. Talla: 158. Índice de masa corporal: 32. Distancia tiromentoniana: buena. Cuello: buena movilidad. Apertura boca: menor 4 cm. Morfología cuello: algo corto, ancho. Prótesis dental: extraíble. Otras consideraciones de vía aérea: boca pequeña. Analítica: sin alteraciones. Emergente: no. ASA: II. Consentimiento: firmado e informada. Recomendaciones anestésicas: ayuno de 6 horas. Apta para la intervención: Sí”*.

El día 7 de noviembre de 2018 se practica, tras anestesia local, cirugía endoscópica nasosinusal bilateral, en fosa nasal derecha leve dehiscencia de lámina papirácea (inserción alta en TC así como algunas variantes anatómicas periorbitarias- Haller).

Turbinoplastia inferior bilateral endoscópica. Control de hemostasia sin otras dehiscencias: septoplastia tipo cottle modificada. Se retiran fragmentos obstructivos, centrado de septum, con fijación a espina nasal anterior mediante punto e injerto cartílago septal autólogo, para prevención ptosis de punta, fijación a alares y a espina nasal, suturas transfixiantes reabsorbibles, pahacel en techo de fosa y región lateral derecha. Tras ello, merocel con dedo de guante bilateral.

Cierre: sutura reabsorbible Pahacel en ambas fosas techo de fosa y Merocel con dedo de guante en ambas fosas. Implantes: No. Descripción: No. Drenajes: merocel con dedo de guante. Profilaxis antibiótica: amoxiclavulánico. Tiempo de la intervención: 120 minutos.

El día 7 de noviembre de 2018 la paciente es dada de alta con el siguiente tratamiento: Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg/8h/10 días, Prednisona 30 mg: 2 comp/desayuno/3 días; 1 comprimido/desayuno/3 días y suspender. Si aparecen molestias gástricas y sin intolerancia conocida se pauta asociar Omeprazol 20mg/24 h/7-10 días. Analgesia con Nolotil 575 mg /8-12h alternado con Paracetamol 1gr/8h. Añadir Ibuprofeno 400 mg/8h o Dexketoprofeno cada 12 h si hay mayor dolor. Medicación habitual según pauta.

Como recomendaciones, se establece que, una vez retirado el taponamiento, es preciso iniciar, sin sonar la nariz durante el mes posterior a la cirugía, lavados nasales con suero fisiológico suave 4-5 veces/día durante 6 semanas (si surgen abundantes costras utilizar previamente un humidificador). Mupirocina pomada: 1 aplicación en el interior de la fosa nasal cada 8 horas 4 semanas. Pasados 20 días, la

paciente puede humedecer la mucosa nasal mediante: “*WetGel, Filme Nasal, Letibalm o Rinovitex*” 3-4 veces/día. Reposo relativo evitando esfuerzos físicos, como levantar peso, durante 7-10 días. Segunda y tercera revisión a los 7-10 días (retirada de férulas) y a las 4-6 semanas en consultas externas (se entrega citas).

La paciente es dada de alta con dolor de cabeza; al parecer tiene jaquecas frecuentes que ceden con su medicación habitual y medidas de confort. Ha tolerado bien los líquidos. Se insiste en que no debe estar sola al menos en las primeras 24 horas.

Ese mismo día, 7 de noviembre de 2018, a las 21:32 horas, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario El Escorial, por inflamación y hematoma en ojo derecho. No refiere clara alteración de la visión. Sin epistaxis. Buena tolerancia a los alimentos. Sin náuseas ni vómitos. Presenta también cefalea holocraneal y frontal de tipo opresivo asociada a sono y fotofobia, que suele ocurrirle frecuentemente a otras ocasiones. No es diferente a sus cefaleas habituales.

Exploración clínica: buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Normocoloreada. Eupneica en reposo. Carótidas rítmicas y simétricas. Sin signos de ingurgitación venosa yugular.

Inspección: inflamación periocular derecha, con hematoma en región nasal de párpado inferior. Dificultad para abrir el ojo. Sin crepitación clara. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos. MVC Explr. NRL: Glasgow15/15. Pupilas isocóricas y normorreactivas. MOES conservados. Sin alteraciones de la fuerza ni de la sensibilidad. Marcha y lenguaje conservados. Sin dismetrías ni disdiadococinesias. Signos meníngeos negativos.

Se realiza interconsulta con el Servicio de Otorrinolaringología por vía telefónica. Refieren que, en el momento del alta, la paciente presentaba tumefacción de párpado inferior y que el aumento de la misma puede cursar dentro de la evolución normal del postoperatorio.

El juicio clínico es de inflamación palpebral derecha tras septoplastia.

Como tratamiento se pauta observación domiciliaria y frío local sobre la zona afectada sin presionar. Continuar con recomendaciones al alta de Otorrinolaringología. Si la inflamación no va disminuyendo, puede la paciente acudir al día siguiente a la consulta para nueva valoración. En caso de empeoramiento, acudir a Urgencias. Recibe el alta a las 22: 46 horas.

El 8 de noviembre de 2018 se realiza cuestionario telefónico a la paciente desde el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario El Escorial a las 24 horas del alta. Refiere que sigue con el dolor de cabeza y de ojos. Se vuelve a insistir sobre la manera de tomar los analgésicos.

El 13 de noviembre de 2018 la paciente acude a las Consultas Externas del Servicio de Otorrinolaringología del citado hospital. Presenta todavía surgicell en fosa. Movilidad ocular normal sin visión doble. Plan: cita en 1 mes. Si existe visión doble o borrosa del ojo derecho, debe acudir a Urgencias.

Con fecha 16 de noviembre de 2018 la paciente acude de nuevo a Urgencias por mareo y cefalea frontal. Además, refiere que tiene muy taponada la nariz. Operada de septoplastia el día 7 de noviembre, le quitaron los tapones el martes anterior.

En la exploración clínica, se muestra consciente y orientada, buen estado general, normohidratada, normocoloreada, eupneica, sin trabajo

respiratorio. Pupilas isocóricas y normoreactivas, MOES conservados, resto de pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas en las 4 extremidades, sin disimetrías ni disdiadococinesias. Romberg negativo, marcha estable. Auscultación: tonos rítmicos, sin soplos, sin extratonos. AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos.

El juicio clínico es de molestias postoperatorias tras septoplastia. Tratamiento: Prednisona 30 mg 1/2 comprimidos al día durante 5 días y suspender. Polaramina 2 mg/8 horas durante 4 días. Continuar tratamiento analgésico pautado por Otorrinolaringología. Control por su médico de Atención Primaria. En caso de empeoramiento de síntomas, acudir de nuevo a Urgencias.

De nuevo en Urgencias el 19 de noviembre de 2018, la paciente ha expulsado por la boca el taponamiento reabsorbible. Presenta cefalea menor y cavidad oral normal. Plan: mantener lavados con suero.

El 25 de noviembre de 2018 la paciente llama por teléfono al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario El Escorial. Afirma que se encuentra mal, con náuseas, mucho dolor de cabeza, muy mal sabor de boca y olor. Es derivada a Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, ya que en el centro al que llama no hay Otorrinolaringología los fines de semana. En el citado Servicio de Urgencias, la paciente refiere que persisten las molestias, presenta cefalea, congestión, y refiere halitosis nasal y mal sabor en boca, asociado a fatiga.

En la exploración de Otorrinolaringología, en orofaringe se observa material sintético de color blanquecino cubierto por secreción purulenta que viene de nasofaringe.

Realizada rinoscopia, en fosa nasal izquierda se ve surgiocel mezclado con moco maloliente. Se retira a través de orofaringe gasa de borde. Se aspiran fosas nasales y se extrae parcialmente surgiocel.

El juicio diagnóstico es de rinitis supurativa por cuerpo extraño (gasa de borde). Recomendaciones: Amoxicilina-Ac Clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 8 días. Realizar lavados nasales con Rinoduche 3 veces al día durante 2 semanas. Usar Mupirocina nasal aplicándolo después de cada lavado. Acudir a consulta de Otorrinolaringología.

El día 28 de noviembre de 2018 la paciente acude a las Consultas Externas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Se hace constar que en la última consulta en Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro se extrajo material de fosa derecha con importante mejoría. Ese día, la paciente nota mejoría de la cefalea y la rinorrea. Sin fiebre.

Exploración: Septum centrado. Restos de surgiocel en fosa derecha junto a zona de papirácea. Suelo de fosa libre y rinofaringe libre.

Tratamiento: continuar lavados nasales con suero (Rhinoduche). Avamys 2 pulv/24 horas hasta revisión. Revisión en 1 mes. Se hace constar que la paciente quiere que se la siga viendo en ese centro sanitario.

El día 26 de diciembre de 2018 la paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias del mismo hospital refiriendo que tiene rinorrea posterior que solo consigue sacar vomitando.

En la exploración, se objetiva septum centrado con costra en área II. Turbinoplastia inferior cicatrizando. Maxilar izquierdo abierto. Suelo de fosa libre y rinofaringe libre. Orofaringe: no se aprecia rinorrea posterior.

Como tratamiento, se pauta continuar lavados nasales con suero (rhinoduche), Rinobanedif pomada 1 aplicación cada 8 horas durante 7 días. Revisión en consulta de Otorrinolaringología, que la paciente afirma tener para el día 4 de enero. Se valora repetir el TAC.

El día 4 de enero de 2019 la paciente acude a revisión a las Consultas Externas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Se encuentra muy molesta por sensación de rinorrea posterior y sequedad faríngea. Refiere que por las mañanas presenta rinorrea posterior con costras. Hace esfuerzos por vomitar y *“mete los dedos hasta la garganta”*. Tiene gastritis y reflujo conocidos.

En la exploración se objetiva pequeña perforación septal anterior con costras. Reducción importante de cornetes inferiores con costras escasas (cicatrización). Apertura de maxilares amplia en lado izquierdo sin mucosidad en su interior. Buen paso por ambas fosas. Sin rinorrea posterior visualizada. Hipofaringe y laringe normales.

Se establece como tratamiento continuar lavados nasales con botella de rhinoduche, 1/2 litro de agua + 1/2 cucharada de bicarbonato y 1/2 de sal. Omeprazol 20 mg 1 comp/12 horas durante 6 semanas. Se solicita TC nasosinusal ante la persistencia de síntomas. Revisión con resultado.

Con fecha 28 de enero de 2019 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario El Escorial, donde la exploración revela perforación septal anterior con costra en borde posterior. Fosas libres, con amputación de cornetes inferiores. Apertura de cavidades buena, sin rinorrea en cavidades. Buen paso por ambas fosas. Resto de costras secas en muñón de cornete inferior izquierdo. Cavum libre.

Como juicio clínico se establece perforación septal y costras en restos turbinales. Recomendaciones: continuar lavados nasales.

Rinovitex pomada nasal 1 aplicación cada 12 horas durante 10 días. Posteriormente, en días alternos.

El día 13 de febrero de 2019 la paciente acude a realizarse una tomografía en el Hospital Universitario Puerta de Hierro: se objetivan extensos cambios postquirúrgicos bilaterales. Se observan leves engrosamientos mucosos en senos maxilares y celdillas etmoidales derechas. Recesos olfatorios libres. Vías de drenaje libres. Mínima desviación del tabique nasal hacia la izquierda. Hipodensidad perirradicular a molar derecho probablemente en relación con enfermedad periodontal.

El día 26 de febrero de 2019 la paciente acude a las Consultas Externas del Servicio de Otorrinolaringología del mismo hospital. Persiste sensación de rinorrea posterior, sangrado nasal ocasional y costras.

En la exploración física, se observa perforación septal amplia, cornetes inferiores muy reducidos, sinequia de borde superior de perforación septal a pared lateral. Se explican a la paciente los hallazgos de TAC y los resultados de la cirugía. Se recomienda limpieza nasal con Rhinodouche. Hidratación nasal con filme nasale 2-3 veces por día. Control en 6 meses.

Con fecha 7 de marzo de 2019 la paciente acude a las Consultas Externas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario El Escorial. Se queja de abundante mucosidad en faringe, cefaleas, taponamiento de oídos y varias molestias que el doctor refleja *“no veo claramente relacionadas con el resultado de la cirugía”*.

Exploración: perforación septal anterior amplia seca. Cornetes inferiores reducidos. Cornete medio derecho amputado. Cavidades nasosinusales abiertas limpias. Buen paso en rinofaringe. Base de lengua normal. Laringe normal. TC nasosinusal reciente en Hospital Puerta de Hierro sin ocupación de senos paranasales.

Se explica que, a pesar de la sequedad nasal y la perforación, muchos de los síntomas no están claramente relacionados con la cirugía nasal.

Se pauta continuar con pomada nasal (Rinovitex) 1 aplicación cada 12 horas. Hidratación abundante. Continúa seguimiento en Puerta de Hierro. Revisión en 4 meses.

El 12 de abril de 2019 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Refiere que se siente muy molesta con las costras en nariz y las flemas. Se le explica que no hay patología urgente nasal y que se intentará adelantar la valoración por consultas externas.

El 9 de julio de 2019 la paciente acude a revisión a las Consultas Externas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario El Escorial. Persisten los síntomas de sequedad nasal con costras. Refiere mal descanso nocturno, ansiedad, hormigueos en ambos brazos y está en tratamiento con paroxetina.

Exploración: perforación septal anterior seca. Muy buen paso por ambas fosas, con reducción muy amplia de cornetes inferiores y parcial de cornetes medios. Pendiente de revisión en Puerta de Hierro para seguimiento.

Con fecha 22 de julio de 2019 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro por malestar nasal crónico (sensación de obstrucción nasal, sequedad, descarga nasal posterior) posterior a cirugía nasal con cambios postquirúrgicos extensos. La exploración es similar a las anteriores en sus visitas a Urgencias (perforación septal amplia, cornetes disminuidos de tamaño, sinequia de borde superior de perforación a pared lateral nasal).

Se explica a la paciente que por Servicio de Urgencias es poco lo que se puede contribuir a su tratamiento, en vista de que no se trata de una patología urgente.

El 29 de julio de 2019 se realiza interconsulta con el Servicio de Psiquiatría del mismo hospital. La paciente es remitida por el Servicio de Urgencias con insomnio y crisis de ansiedad, por intenso malestar nasal, posterior a cirugía realizada en Hospital Universitario El Escorial que resultó en cambios postquirúrgicos severos de la anatomía de la nariz, que le generan gran malestar. Estos síntomas son crónicos, existen escasas alternativas terapéuticas para ella y la ansiedad le impide dormir y trabajar.

Como antecedentes psiquiátricos, la paciente ha acudido en diversas ocasiones a su médico de Atención Primaria: el 27 de enero de 2009 por estado de ansiedad: en tratamiento con paroxetina; el 29 de junio de 2009, de nuevo por ansiedad, tristeza, síntomas compatibles con quejas somáticas. Se inicia tratamiento de nuevo con paroxetina; 9 de abril de 2012, derivada a Psiquiatría; 28 de diciembre de 2012, con muchos problemas de insomnio: en tratamiento con paroxetina y Pregabalina. Se le hacen recetas. Le da alta Psiquiatría; 17 de noviembre de 2015, preocupada por no tener trabajo, pinchazos en tórax teniendo que coger aire profundo.

Tratamiento habitual: paroxetina 30 mg/d desde hace dos semanas, previamente 20 mg. Bromacepam 1,5 mg 0-0-1.

Antecedentes familiares psiquiátricos: no se conocen

Se hace constar que la paciente, desde la intervención quirúrgica, no solo presenta ansiedad sino bajo estado de ánimo, se siente angustiada, frustrada y, en ocasiones, ha pensado en *“quitarse la vida”*, aunque admite que no lo haría por su nieto y por sus hijos; además, refiere que *“no puede dormir”* y que la han despedido del trabajo.

En la exploración psicopatológica, se objetiva conciencia clara, orientada, abordable, colaboradora. Sin déficit cognitivo relevante. Tristeza sin ritmo circadiano. Labilidad emocional. Ansiedad basal elevada. Insomnio de conciliación e intermedio. Apetito conservado. Sin alteraciones formales del pensamiento ni contenidos delirantes. Ideas pasivas de muerte. Sin ideas auto-heteroagresivas en ese momento. Sin alteraciones sensoperceptivas ni otros hallazgos relevantes. Juicio de realidad conservado.

El diagnóstico es de trastorno adaptativo con síntomas ansioso-depresivos en relación con cambios postquirúrgicos de septoplastia.

El 30 de julio de 2019 la paciente acude a las Consultas Externas del Servicio de Salud Mental del Hospital El Escorial para revisión.

Exploración psicopatológica: consciente, orientada auto y alopsíquicamente. Abordable, colaboradora. Llorosa en la entrevista. Labilidad emocional. Aumento de ansiedad basal reactiva una situación vital. Sin alteraciones del pensamiento en curso ni contenido. Sin alteraciones sensoperceptivas. Sin auto ni heteroagresividad. No tiene ideación ni planificación autolítica en el momento actual. Sin alteraciones de la alimentación. Insomnio mixto. Juicio de realidad conservado.

El diagnóstico es de trastorno adaptativo con sintomatología ansioso-depresiva. Problemas relacionados con el desempleo. Como tratamiento, se pauta Sertralina 100 mg (1-0-0) y Mirtazapina 15 mg (0-0-1).

Se recomienda acudir a los servicios sociales de zona para información sobre posibles ayudas. Se programa revisión el 14 de octubre de 2019. La paciente no acude a esta cita.

El 12 de agosto de 2019 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda por cefalea desde hace 2 años, pero que se ha intensificado ese día. Pulsátil, temporo-frontal y retroorbitario, que le impide el sueño y le despierta por la noche. Fotofobia y sonofobia, con aura. No diagnosticada de migraña, pero desde joven ha tenido cefaleas.

La paciente pone en relación el dolor con la cirugía y patología de Otorrinolaringología por la que está siendo tratada, que es el motivo por el que ha acudido en varias ocasiones.

Exploración física: tensión arterial 106/69. Frecuencia cardíaca 65 lpm. Consciente, orientada y colaboradora. Tórax: auscultación cardio pulmonar rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: RHA+. Depresible, globuloso, no doloroso. Sin signos IP. En miembros inferiores: sin signos de trombosis venosa ni edema. Neurológico: comprende, nomina, repite. Lenguaje sin alteraciones. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Campimetría por confrontación normal. Pares sin alteraciones. Motor 5/5, no claudica Mingazzini ni Barré.

Sensitivo sin alteraciones. Sin disimetría ni disdiadocinesia. Romberg-. Marcha eubásica, aunque no realiza tándem (emocionalmente afectada). Parcial control del dolor con AINEs. La paciente desea el alta.

El diagnóstico es de cefalea crónica en relación con patología de Otorrinolaringología. Como tratamiento, se pauta Naproxeno 500 mg cada 12 horas, alternando con Nolotil 575 mg cada 8 horas. Omeprazol 20 mg cada 24 horas mientras tome Naproxeno. Tramadol 50 mg cada 12 horas si persiste el dolor.

Recomendaciones: control por médico de Atención Primaria y Otorrinolaringología. Se pauta analgesia.

Con fecha 28 de agosto de 2019 la paciente acude a consultas externas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Refiere costras, mucosidad, pérdida de olfato, cefaleas, tos por las noches. No ha mejorado desde los primeros meses tras la cirugía. Insomnio que le afecta mucho al ánimo, con ansiedad. En seguimiento en consulta de Psiquiatría, le han modificado la medicación.

Exploración: sin cambios respecto a previa. Perforación septal amplia. Amputación de cornetes inferiores con buena apertura de cavidades. Cavum libre. Sin rinorrea.

Juicio clínico: aunque hay cambios postquirúrgicos que producen sequedad, no justifican las numerosas quejas de la paciente. Recomendaciones: Lavados nasales con Ialumar. Rinovitex pomada, una aplicación cada 12 horas. Pendiente de posible mejora de ansiedad y otros síntomas tras cambiar medicación reciente.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), de lo que se dio traslado a los reclamantes.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente del Hospital Universitario El Escorial y del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (folios 8 a 68 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha recabado el informe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital El Escorial, emitido el 5 de noviembre de 2019. El citado informe, tras relatar de modo cronológico la atención sanitaria dispensada a la paciente, señala que *“en revisiones realizadas en marzo de 2019 y en*

julio de 2019 ... la paciente refiere molestias múltiples, con sequedad nasal, sensación de flemas en faringe, rinorrea posterior, dificultad para dormir, cefalea, vómitos... Se le explica que muchas de ellos no parecen relacionados con el resultado de la cirugía...”.

Consta también en el expediente escrito de contestación del Servicio de Información y Atención al Paciente del Hospital El Escorial, firmado por la jefa del servicio y por el gerente del citado centro el 22 de marzo de 2019, según el cual *“la complicación de la perforación del tabique nasal y la sequedad por reducción de los cornetes puede ocurrir tras la cirugía de septoplastia y turbinoplastia”*. Refiere el escrito que el fragmento de gasa retirada de la fosa nasal en el Servicio de Urgencias del Hospital de Puerta de Hierro fue la causa de algunos de los síntomas que la paciente sufrió en los primeros días tras la cirugía, pero una vez retirado, no produce otras complicaciones posteriores. Además, señala el citado servicio, *“sí es cierto que la perforación del tabique nasal y la reducción de cornetes pueden generar molestias por sequedad, mucosidad en faringe y algunas costras en zona anterior nasal durante algún tiempo, pero los doctores esperan que estas molestias vayan mejorando. Sin embargo, según se le ha comentado en la consulta, otros síntomas como dolor de cabeza, vómitos, mareo, etc., no deberían tener relación con la cirugía y no son achacables a una complicación...”*.

Por último, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, de 2 de junio de 2020, que, tras examinar la historia clínica de la paciente, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia prestada se ajusta a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, mediante oficio de 11 de diciembre de 2020 se confirió trámite de audiencia a la reclamante, quien presenta escrito de 20 de enero de 2021, de difícil lectura, en el que cuestiona tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el del

Servicio de Otorrinolaringología y relata, con crudeza, las supuestas secuelas que las intervenciones, según ella fallidas, le han provocado y las dificultades y la ansiedad que ello le acarrea en su vida diaria.

Finalmente, el 27 de enero de 2021 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria, en la que se desestima la reclamación al no existir evidencia de que la asistencia haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

CUARTO.- El 23 de febrero de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 83/21 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, 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.

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 euros, y a 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, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC, dada la fecha de presentación de la reclamación.

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

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario El Escorial, que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, la intervención objeto de reproche tuvo lugar el 7 de noviembre de 2018, de modo que la reclamación, presentada el 23 de septiembre de 2019, ha sido formulada en plazo, con independencia de la fecha de curación o de determinación de las secuelas.

En relación con el procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe de los servicios implicados en el proceso asistencial de la paciente. Consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante, que realizó alegaciones en el sentido ya expuesto. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación que ha sido remitida, junto

con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

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

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

que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el*

deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

Tampoco puede cuestionarse la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir de la evolución posterior de la enfermedad de los pacientes.

Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) 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”.

CUARTA.- En este caso, la reclamante dirige su reproche a la actuación del hospital, pues señala que tras la intervención practicada ha tenido que acudir a Urgencias en diversas ocasiones con mareos, vómitos, dolor de cabeza, la cara hinchada y morada de modo que, refiere, no ha podido acudir a trabajar y ha perdido su empleo. Además, señala que el 25 de noviembre de 2018, en Urgencias del Hospital

Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, le encontraron una gasa olvidada que le ha provocado una infección.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar el reproche de la reclamante, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, por aplicación del artículo 217 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. En particular, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Así, cabe referirnos en primer lugar al reproche de la reclamante relativo a su, según ella, deficiente evolución clínica tras la realización de una septoplastia y una turbinoplastia en el Hospital Universitario El Escorial. En este sentido, la reclamante no ha aportado al procedimiento ningún elemento de prueba de las afirmaciones vertidas en su escrito. Frente a ello, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en afirmar que, o bien los síntomas y molestias sufridas por la paciente tras la intervención son consecuencia previsible y normal de la intervención practicada y remitirán con el tiempo o, en el caso de los mareos, vómitos o dolor de cabeza que la reclamante refiere, no se deben o no derivan de tal intervención, sino que pueden obedecer a otras patologías de la paciente.

Así, señala el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario El Escorial que *“la paciente ha seguido revisiones en Consultas Externas de Otorrinolaringología con quejas de sequedad nasal, molestias faríngeas, vómitos, cefaleas, insomnio. En la exploración física*

se aprecia perforación septal amplia anterior (secundaria a cirugía de septoplastia), lo cual es una complicación de la cirugía de septum, de las más frecuentes y se menciona en el consentimiento informado, resección parcial de los cornetes inferiores y paso amplio por ambas fosas nasales, con mucosidad los primeros meses tras la cirugía, pero limpias en las revisiones posteriores más recientes”.

De este parecer participa la propia Inspección Sanitaria, pues refiere en su informe que:

“en el consentimiento informado para septoplastia firmado por la paciente consta lo siguiente:

... En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, que son más frecuentes en las reintervenciones del tabique. Estas perforaciones pueden producir un ruido o un silbido característico, específicamente si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia pueden dar lugar a una cierta tendencia a la formación de costras y un sangrado nasal, leve pero reiterativo, a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal...

En el consentimiento informado para turbinoplastia firmado por la paciente consta lo siguiente:

... Pueden formarse sinequias -bridas entre las paredes laterales de la nariz nasal y el septo nasal-, que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio. Es posible que persista la insuficiencia respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal, eventualmente puede generarse la formación de costas, durante un período de tiempo relativamente largo e incluso de manera permanente”.

Sin embargo, tal y como analiza la Inspectora Médica en su informe, otros síntomas que alega la reclamante como cefaleas y mareos, dolor de estómago y vómitos o ansiedad e insomnio, ya los padecía la reclamante, tal y como revela el examen de la historia clínica de la paciente, donde constan menciones tales como *“se va con dolor de cabeza; al parecer tiene jaquecas frecuentes que ceden con su medicación habitual...Presenta también cefalea holocraneal y frontal de tipo opresivo asociada a sono y fotofobia, que suele ocurrirle frecuentemente en otras ocasiones. No es diferente a sus cefaleas habituales... ..No diagnosticada de migraña, pero desde joven ha tenido cefaleas...”*, todas ellas referidas a los dolores de cabeza alegados o, en cuanto al dolor de estómago y vómitos, la circunstancia de que la paciente contaba como antecedente con una gastroscopia realizada en 2013 y un diagnóstico de esofagitis leve grado A, estando *“colecistectomizada y en tratamiento con Omeprazol...”*.

En cuanto a los trastornos del sueño y ansiedad que también alega, ya hemos transcrito con anterioridad los antecedentes de ansiedad e insomnio de su historia clínica de Atención Primaria, con derivación incluso a Psiquiatría.

QUINTA.- Cuestión diferente es el reproche que efectúa la reclamante relativo a la existencia de una gasa olvidada tras la intervención y que fue detectada por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda el 25 de noviembre de 2018.

En la propia historia clínica consta el día 25 de noviembre de 2018 como *“en la exploración de Otorrinolaringología, en orofaringe se observa material sintético de color blanquecino cubierto por secreción purulenta que viene de nasofaringe. Realizada rinoscopia, en fosa nasal izquierda se ve surgiocel mezclado con moco maloliente. Se retira a través de orofaringe gasa de borde. Se aspiran fosas nasales y se extrae parcialmente surgicel. El juicio diagnóstico es de rinitis supurativa por cuerpo extraño (gasa de*

borde)". De igual modo, la Unidad de Información y Atención al Paciente del Hospital Universitario El Escorial señala en su contestación al escrito de queja de la reclamante que *"el fragmento de gasa retirada de la fosa nasal en el Servicio de Urgencias del Hospital de Puerta de Hierro fue la causa de algunos de los síntomas"* que la reclamante sufrió en los primeros días tras la cirugía, pero *"una vez retirado, no produce otras complicaciones posteriores"*, de modo que como consta también en la historia clínica, tras la retirada de la gasa *"ese día, la paciente nota mejoría de la cefalea y la rinorrea"*.

En todo caso, como señala la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de noviembre de 2012 (recurso contencioso-administrativo nº 430/2009), *"por las razones que fueran, lo cierto es que la falta de retirada del material quirúrgico empleado es claramente indicativa de una evidente falta de cuidado por los facultativos que participaron en la intervención quirúrgica incumpliendo además las normas recogidas en el protocolo del centro en relación con el recuento del material empleado en las intervenciones quirúrgicas"*.

Respecto a esta problemática, el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid ya señaló en sus dictámenes 318/2015 y 447/2011 que *"ciertamente el olvido de material quirúrgico en el cuerpo de un paciente no puede sino considerarse como una actuación contraria a la lex artis ad hoc, así las Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 6 de octubre de 2009 (Recurso 231/2007) y de la Audiencia Nacional de 31 de enero de 2001 (Recurso 723/1999)"*.

En consecuencia, aun considerando que, como señalábamos, la presencia de la gasa en la fosa nasal de la paciente no ha originado posteriores complicaciones en su evolución clínica, las molestias originadas a la reclamante por dicho olvido constituyen un daño antijurídico que no tiene obligación de soportar.

Como ya ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora en Dictámenes tales como el 212/17 de 25 de mayo, 71/2018 de 15 de febrero y 323/19, de 14 de agosto, en supuestos como el presente cabe reconocer a la reclamante un daño moral derivado de la circunstancia de haber tenido dentro de su cuerpo un objeto extraño, a causa de una actuación contraria a la buena práctica médica. En el mismo sentido se manifiesta el Consejo Consultivo del Principado de Asturias en su reciente Dictamen 105/2020, de 7 de mayo, en el que cita expresamente el Dictamen 323/19, de 14 de agosto de esta Comisión Jurídica Asesora, al que ya hemos hecho referencia.

En la reclamación que nos ocupa, tratándose de un daño moral, a la hora de determinar el quantum indemnizatorio es preciso ponderar las circunstancias concurrentes mediante el reconocimiento de una cantidad global y actualizada. Por ello, siguiendo el criterio expuesto ya por esta Comisión Jurídica en el citado Dictamen 323/19, en atención al tiempo en que la paciente tuvo en su fosa nasal la gasa quirúrgica que le originó las molestias innecesarias, es decir, desde el 7 de noviembre de 2018 hasta el 25 de noviembre de 2018, cabe reconocer a la reclamante un total de 2.000 € en concepto de daño moral.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación formulada, por cuanto la reclamante tuvo que soportar un daño antijurídico que cuantificamos en 2.000 euros.

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 142/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid