

Dictamen nº: **552/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.12.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 15 de diciembre de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital General de Villalba en una intervención consistente en safenectomía interna y flebectomía del miembro inferior izquierdo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 12 de enero de 2019 en una oficina de Correos dirigido a la Consejería de Sanidad, la interesada antes citada, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital General de Villalba en una intervención consistente en safenectomía interna y flebectomía del miembro inferior izquierdo por una insuficiencia venosa crónica (folios 1 a 11 del expediente administrativo).

La reclamante refiere que, con carácter previo a la intervención, fue informada sobre la misma y firmó el documento de consentimiento informado, manifestándole el médico informante que *“no solía haber*

complicaciones importantes". Según expone en su escrito, la interesada fue dada de alta el mismo día de la intervención, 14 de marzo de 2018, prescribiéndole ibuprofeno, cura diaria de las heridas quirúrgicas y revisión en consulta e indicación de acudir a Urgencias en caso de dolor excesivo, inflamación importante, sangrado o fiebre mayor de 38° C.

Refiere que tras la intervención empezó a padecer importantes dolores, además de una sobreinfección de una de las heridas quirúrgicas de la que fue tratada en su centro de salud y que cuando acudió a la revisión el día 16 de abril de 2018 la doctora le informó verbalmente que padecía *"una tromboflebitis de colateral de safena interna en muslo izquierdo, aunque no lo hizo constar en el juicio diagnóstico de ese informe"* y que se le prescribió ibuprofeno, caminar a diario, medias de compresión normal, crema hidratante y control por su médico de Atención Primaria.

La reclamante dice que tuvo que acudir a Urgencias el día 26 de abril porque padecía mucho dolor diagnosticándose tromboflebitis superficial proximal en resolución y que el día 24 de mayo, cuando acudió a revisión en el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General de Villalba, se realizó un ecodoppler en el que se observó la persistencia de tromboflebitis, por lo que se le prescribió el mismo tratamiento y control por su médico de Atención Primaria.

Según el escrito de reclamación, la interesada tuvo que volver a Urgencias el día 3 de julio por dolores muy intensos en la extremidad inferior izquierda, descartándose trombosis venosa profunda y tromboflebitis, y prescribiéndosele el mismo tratamiento. Asimismo, expone que el día 13 de julio refirió en la consulta de Cirugía Vascular que padecía un dolor muy intenso sin que de la exploración ni de la patología de base explicaran el dolor referido por lo que fue diagnosticada de insuficiencia venosa crónica y dolor en la pierna izquierda a estudio, siendo remitida al Servicio de Neurología y a Unidad del dolor.

La reclamante expone que en el Servicio de Neurología no se observaron datos de neuropatía, por lo que se solicitó una ecografía de partes blandas de la extremidad inferior izquierda y se solicitó consulta en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Dice que el día 31 de julio de 2018 acudió a la Unidad del dolor donde se le diagnosticó un dolor postsafenectomía, *“no dolor neuropático”*, indicándose que estaba pendiente de una ecografía.

Realizada ecografía de rodilla el día 6 de agosto, dice que el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica no apreció patología traumatológica y expone en su escrito que el día 24 de agosto, ante la persistencia de los dolores *“insoportables”*, acude nuevamente al Servicio de Cirugía Vascular donde fue valorada por una doctora distinta a la que le atendió en las anteriores ocasiones y que, según refiere, se muestra *“absolutamente sorprendida de la cicatriz e incisión que presento en la ingle”* y de que se le hubiese descartado una neuropatía sin habersele realizado un electromiograma. Comentarios que la reclamante califica como *“manifestaciones incomprensibles”* porque fue esa doctora quien – según consta en la historia clínica- realizó la intervención quirúrgica.

Según el escrito de reclamación, el día 28 de agosto de 2018 se realizó, finalmente, un electromiograma que mostró signos de neuropatía del nervio safeno izquierdo de grado leve, sin datos de afectación en nervio tibial y peroneo izquierdos. La reclamante se queja de la asistencia prestada por el Servicio de Cirugía Vascular el día 8 de octubre, que remitió a la paciente a la Unidad del Dolor y no dio ninguna explicación sobre la causa de la neuropatía. Dice que el día 16 de octubre, valorada por la Unidad del dolor, se cambió el tratamiento pautado y que el día 15 de noviembre de 2018 presentó una queja al Servicio de Atención al Paciente del Hospital General de Villalba.

Refiere que el día 30 de noviembre tuvo que acudir al Servicio de Psicología del Hospital General de Villalba, derivada por su médico de

Atención Primaria, donde fue diagnosticada de episodio depresivo y derivada a Psicología Clínica.

La reclamante dice que el día 9 de octubre de 2018 solicitó una segunda opinión en el Hospital Clínico San Carlos donde fue atendida el día 23 de noviembre por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Considera que como consecuencia de la safenectomía interna del miembro inferior izquierdo presentó una neuropatía *“que está relacionada con una mala praxis médica, según ha reconocido la propia cirujana que me intervino”* (sic). Refiere que, como consecuencia de los dolores ha estado de baja laboral desde el día 13 de marzo de 2018 hasta el día 22 de junio de ese mismo año; desde el día 4 de julio hasta el día 16 de noviembre de 2018 y, finalmente, desde el día 22 de enero de 2019 hasta la fecha de presentación del escrito de reclamación.

La interesada no cuantifica el importe de la indemnización solicitada y acompaña su escrito con copia de varios informes médicos, copia del documento de consentimiento informado a la safenectomía interna y citaciones para ser atendida en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos (folios 12 a 18).

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

La reclamante, nacida en 1986, el día 9 de agosto de 2016 fue atendida en la consulta de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos, remitida por cuadro de varices en miembro inferior izquierdo, de varios años de evolución, con síndrome ortostático y edema maleolar moderado. No presentaba antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP), varicoflebitis ni varicorrágica. Con el diagnóstico de insuficiencia venosa crónica se solicitó ecodoppler venoso de miembro inferior izquierdo para valorar tratamiento quirúrgico. La paciente no acudió a la realización de dicha prueba.

Con fecha 23 de junio de 2017 la reclamante fue atendida, por primera vez, en el Servicio de Angiología Cirugía Vascular del Hospital General de Villalba, para valoración por varices en pierna izquierda. Se hizo constar en la historia que no presentaba antecedentes de trombosis venosa profunda ni trombosis venosa superficial, úlceras ni varicorragias. Se le realizó eco-doppler venoso observándose sistema venoso profundo femoropoplíteo permeable, compresible y competente; safena interna permeable, compresible e incompetente; dilataciones tronculares dependientes de safena interna y, finalmente, safena externa permeable, compresible y competente, por lo que fue diagnosticada de insuficiencia venosa crónica, pautándose como tratamiento caminar a diario todo lo posible, crema hidratante en ambas piernas y medias de compresión normal hasta el muslo o cintura para ambas piernas. *“Revisión según cita adjunta para programar cirugía safenectomía interna izquierda)”*.

El día 8 de enero de 2018 acudió a la cita programada por Cirugía Vascular del citado centro hospitalario para valorar posible cirugía. La paciente refirió, *“no poder operarse en el momento actual por motivos personales por lo que acordamos nueva cita en marzo para plantear dicha intervención”*.

El 5 de marzo de 2018 la paciente volvió a acudir al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular para programar cirugía. A la exploración se observaban dilataciones de mediano calibre en cara interna de muslo y pierna izquierda. Se le hizo entrega del documento de consentimiento informado para la intervención consistente en safenectomía interna en el que se le informaba en qué consistía y la intervención y sus riesgos. El documento, firmado el día 5 de marzo de 2018 (folios 147 y 148) dice:

“Me he informado que no suele haber complicaciones importantes. Lo habitual es que en menos de 24 horas pueda volver a casa caminando con una media o venda y hacer una vida relativamente normal.

Comprendo que, aunque esta técnica sea la adecuada y correcta su realización pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación (...).

También comprendo que a veces:

Puede haber alguna complicación a nivel de las heridas [hematomas, líquido acumulado (seromas) o infecciones].

Pueden quedar zonas acorchadas o con mucha sensibilidad por irritación de los nervios de la pierna (neuropatías de safeno).

Pueden formarse trombos en las venas profundas de la pierna (es muy raro (...)).

El estudio preoperatorio se realizó el día 9 de marzo de 2018 firmando ese mismo día la reclamante el consentimiento informado para anestesia general y loco-regional (folios 143 a 146).

La intervención (safenectomía interna del miembro inferior izquierdo y flebectomía) tuvo lugar el día 14 de marzo de 2018. Según consta en el informe de quirófano, la técnica de intervención consistió en “*disección safena interna hasta cayado, ligadura de colaterales con clips quirúrgicos, sutura-ligadura de cayado. Fleboextracción safena interna hasta límite inferior de la rodilla, flebectomía de colaterales con gancho. Cierre por planos, piel con intradérmica en ingle, puntos sueltos en pierna, vendaje compresivo*”. El postoperatorio evoluciona de manera favorable por lo que recibió el alta hospitalaria ese mismo día (folios 177 a 180) con indicación de tratamiento con ibuprofeno en caso de dolor, cura diaria de las heridas quirúrgica con betadine, “*resto según hojas de recomendaciones*” y revisión en consulta de Cirugía Vascular programada para el día 16 de marzo de 2018.

El día 16 de abril de 2018 acude a la cita en consulta de Cirugía Vascular. Refería *“cordón indurado en cara interna de muslo izquierdo tras intervención y sobreinfección de una de las heridas en pierna izquierda ya resuelto”*. A la exploración las heridas quirúrgicas presentaban buen aspecto, *“correctamente cicatrizadas”*. Se realizaron pruebas complementarias consistentes en electrocardiograma (ritmo sinusal) y eco-doppler venoso del miembro inferior izquierdo en el que se observó tromboflebitis de colateral de safena interna en muslo izquierdo. Se pautó como tratamiento: ibuprofeno, en caso de dolor, medias de compresión normal hasta el muslo o cintura para ambas piernas, crema hidratante y control por médico de Atención Primaria.

Con fecha 26 de abril de 2018, la paciente acudió al Servicio de Urgencias por persistencia de dolor en el muslo izquierdo. Según consta en la historia clínica, *“acude por dolor localizado ahora en cara interna de gemelo izquierdo, inmediatamente caudal a herida distal de safenectomía, donde tuvo una pequeña infección de la herida. Mejoría del dolor en zona del muslo”*. Se realizó ecografía clínica a pie de cama de miembros inferiores: *“vena femoral superficial, permeable y compresible en su tramo proximal, vena poplítea permeable y compresible”*. Con el juicio diagnóstico de safenectomía del miembro inferior izquierdo sin datos de complicación, tromboflebitis superficial proximal en resolución fue dada de alta con tratamiento analgésico y control por su médico de cabecera y especialistas según citas programadas. En caso de empeoramiento o nueva sintomatología, volver a Urgencias.

El día 24 de mayo de 2018, la paciente acudió a consulta de Cirugía Vascular para revisión. Refería persistencia de dolor en muslo izquierdo, aunque con desaparición de cordón indurado en cara interna del muslo izquierdo. Se le realizó electrocardiograma y eco-doppler venoso: *“persiste tromboflebitis de colateral de safena interna de muslo izquierdo, aunque menor tamaño”*, por lo que se indicó continuar con ibuprofeno, clexane y

las recomendaciones de caminar a diario todo lo posible, medias de compresión normal, crema hidratante y control por su médico de Atención Primaria.

Con fecha 3 de julio de 2018 la reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba *“por dolor en la pierna intervenida”*. A la exploración, *“piernas simétricas del mismo tamaño, no edemas, no datos de tromboflebitis. Pulsos pedios presentes. Dolor a la palpación en cara interna del muslo izquierdo irradiado hasta rodilla, pero no palpo cordón indurado superficial”*. Se efectuó estudio del sistema venoso profundo del miembro inferior izquierdo sin observarse hallazgos significativos. Se solicitó una ecografía de pierna sin observarse datos de trombosis venosa profunda ni tromboflebitis por lo que fue dada de alta con indicación de observación domiciliaria, control por su médico de Atención Primaria, con tratamiento analgésico y las recomendaciones anteriormente dadas por Cirugía Vascular.

El 13 de julio de 2018 la paciente volvió a revisión a la consulta de Cirugía Vascular recogándose en la historia clínica que había sido atendida en Urgencias, descartándose trombosis venosa profunda y trombosis venosa superficial. Refería dolor muy intenso tipo opresivo de toda la extremidad inferior izquierda desde pie hasta cadera, sin edema. A la exploración de los miembros inferiores, las heridas quirúrgicas presentaban buen aspecto, correctamente cicatrizadas. *“Ausencia de cordón indurado en cara interna de muslo izquierdo”*. Se le realizaron nuevamente electrocardiograma y eco-doppler venoso que se informó como sistema venoso profundo permeable y compresible sin signos de trombosis venosa profunda bilateralmente y sistema venoso superficial permeable y compresible sin signos de trombosis venosa superficial bilateralmente. Se hizo constar en la historia que *“la exploración vascular y su patología vascular de base no explican al dolor referido por la paciente”*. Con el diagnóstico de insuficiencia venosa crónica y dolor en pierna izquierda a estudio, la paciente fue remitida al Servicio de

Neurología y a la Unidad del dolor para valoración. Se le indicó continuar con las recomendaciones y control por su médico de Atención Primaria.

Con fecha 18 de julio de 2018 la paciente fue vista por el Servicio de Neurología. La paciente describía dolor *“como opresivo”* en la cara interna de la extremidad inferior izquierda, *“como por dentro, como si quisieran arrancarme la pierna. El dolor es continuo, diario, que responde a ibuprofeno y tramadol. El no ponerse la media de compresión exacerba el dolor (...) no es superficial, es como por dentro”*. A la exploración física esta era normal, sin signos focales. *“No alodinia ni hiperestesia. Dolor importante a la palpación de cara interna de rodilla izquierda”*. Con el diagnóstico *“no datos de neuropatía”*, se solicitó ecografía de partes blandas de extremidad inferior izquierda y evaluación en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El día 31 de julio de 2018 la paciente fue valorada en la Unidad del dolor del Hospital General de Villalba. La paciente refería que tras la cirugía tenía dolor en cara interna del muslo, dolor profundo, *“no lo describe neuropático, no asociada alodinia ni hiperalgesia, cuando se pone media de compresión le mejora, es diario, continuo”*. A la exploración, presentaba dolor localizado en zona de vasto medial izquierdo. También tenía *“punto doloroso en región medial rodilla”*. La herida quirúrgica estaba bien y no había signos de trombosis venosa profunda en ese momento. Con el diagnóstico de dolor postsafenectomía y *“no dolor neuropático”* y estar pendiente de completar estudio (eco el 6 de agosto) se le recomendó tomar tramadol/paracetamol cada 8 horas y usar medias de compresión.

Con fecha 6 de agosto de 2018 se efectuó la ecografía de rodilla que se informó *“sin hallazgos significativos”*.

El día 13 de agosto de 2018 acudió por primera vez a la consulta de Traumatología del Hospital General de Villalba. Tras la valoración de la

ecografía, se recoge en la historia clínica que se trata de una paciente con dolor residual tras extracción de vena safena, que había estado en tratamiento por trombosis venosa y que *“presenta buena sensibilidad en el territorio de safeno”*. *“No se aprecia patología traumatológica”*.

Consta en el expediente nueva revisión en consulta de Cirugía Vascular el día 24 de agosto de 2018. La paciente refería haber ido a Urgencias el día 3 de julio por dolor muy intenso tipo opresivo de toda la extremidad inferior izquierda que persistía. *“Precisa 4 comprimidos de tramadol de 75 g al día”*. La exploración fue correcta. Se realizaron pruebas complementarias de electrocardiograma y eco-doppler venoso, haciéndose constar que la exploración vascular y su patología vascular de base *“no explican el dolor referido por la paciente”*. Además de las recomendaciones habituales, se pautó nuevo tratamiento analgésico y se solicitó un electromiograma. La citada prueba se realizó el día 28 de agosto y el informe concluye: *“signos de neuropatía del nervio safeno interno, de grado leve, sin datos de afectación de nervio tibial y peroneal izquierdos. No signos de denervación en los miotomas explorados”*.

El día 2 de octubre de 2018 la paciente fue valorada en consulta Psicología Clínica por malestar emocional en relación a varios eventos vitales estresantes por lo que, con el juicio clínico de episodio depresivo fue derivada a consultas de Psiquiatría con seguimiento en Psicología Clínica.

Con fecha 8 de octubre de 2018 la reclamante acudió a revisión a la consulta de Cirugía Vascular. Refería persistencia del dolor en pierna izquierda. Valorado el resultado del electromiograma y tras eco-doppler de ambos miembros inferiores, se indicó como diagnóstico insuficiencia venosa crónica, neuropatía del nervio safeno izquierdo de grado leve, por lo que fue remitida a la Unidad del dolor de manera preferente.

El día 9 de octubre de 2018 solicitó a su médico de Atención Primaria ser valorada como segunda opinión en el Hospital Clínico San Carlos, por lo que se extendió solicitud de interconsulta.

La reclamante fue atendida el día 16 de octubre de 2018 en la consulta Unidad del dolor del Hospital General de Villalba. Según la historia clínica, seguía con dolor de las mismas características. Se valoró la ecografía y el electromiograma realizados y se le comentó la posibilidad de técnicas, *“pero la paciente no desea en este momento infiltraciones”*. Se pautó nuevo tratamiento analgésico y revisión en 3 meses.

Con fecha 23 de noviembre de 2018, la reclamante acudió al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos. Según consta en el informe emitido, la paciente había sido remitida por presentar neuropatía del safeno leve en tratamiento y acudía para segunda opinión. Aportaba eco-doppler en el que se apreciaba permeabilidad y competencia del sistema venoso profundo de forma bilateral. La exploración no mostraba colaterales recidivadas, ni edema ni signos de trombosis venosa profunda. Se solicitó nuevo eco-doppler en miembro inferior izquierdo para descartar patología del sistema venoso profundo.

La reclamante fue valorada por el Servicio de Psiquiatría el día 19 de diciembre de 2018 por episodio depresivo. Entre los distintos problemas que refería la paciente manifestó: *“lesión en nervio safeno tras intervención quirúrgica de varices con mucho dolor, después de eso un largo período de incertidumbre, refiere muchos problemas en el trato por parte de los médicos en esta situación”*.

El día 16 de enero de 2019 acudió a revisión a la Unidad del dolor. Refería estar *“fatal del dolor de las mismas características, pero más intensas”*. No había tolerado bien la palexia ni el zelibix (comenzó con sensación de somnolencia) suspendiendo ambas, aunque le quitaba el

dolor adecuadamente y había vuelto al tramadol e ibuprofeno. Se le volvió a plantear el bloqueo del nervio, *“pero por el momento no desea, aunque sí lo plantearemos en la próxima revisión”*. Se le explicó que no debía tomar las dosis de tramadol y paracetamol que estaba ingiriendo por estar absolutamente fuera de los límites máximos al día. *“Reintento rotación a opiáceos mayor con parches de Fentanilo iniciando con dosis baja (...). Suspender tramadol/paracetamol (...). Revisión en tres meses”*.

El día 11 de febrero de 2019 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos por mal control analgésico por neuropatía de safeno. *“Hoy tiene cita para ecografía de partes blandas en este centro. Acude para control del dolor”*. Se procedió al alta voluntaria no comunicada de la paciente tras llamarla en tres ocasiones separadas en 30 minutos y no responder.

Con fecha 5 de marzo de 2019 la paciente fue atendida por el Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba por dolor articular. Según figura en la historia clínica, *“acude por reagudización de dolor en miembro inferior izquierdo de 3 días de evolución”*. Tras exploración normal y analítica, fue dada de alta con el diagnóstico de dolor neuropático safeno y modificación del tratamiento pautado.

El día 4 de abril de 2019 la reclamante acudió a la consulta de Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos para la realización del eco-doppler solicitado el día 23 de noviembre. Según la historia clínica, *“la paciente insiste en dolor desde nivel inguinal, glúteo y cara posterior de extremidad inferior izquierda, desde la intervención. Clínica no compatible con afectación única del nervio safeno”*. Eco-doppler venoso del miembro inferior izquierdo: *“Sistema venoso profundo permeable y competente, sin signos de trombosis venosa profunda, safenectomía interna correcta. No neocayado”*. Fue remitida a la Unidad del dolor del Hospital Clínico San Carlos con el diagnóstico de *“neuropatía a filiar (baja probabilidad de afectación exclusiva del nervio safeno dada la clínica presentada)”*.

Según resulta del informe de la Inspección Sanitaria que ha tenido acceso a la historia clínica de la paciente de su centro de Atención Primaria a través del sistema Horus, el día 23 de abril de 2019 el médico de Atención Primaria transcribe:

“Dolor a nivel inguinal izquierdo (donde le realizaron incisión para safenectomía) y calambres a nivel de un punto debajo de la rodilla que la paciente refiere que se le infectó. (...). Síndrome piramidal izquierdo ++++. PLAN: propongo bloqueo nervio piramidal izquierdo. Entrego y explico consentimiento informado que la paciente acepta, entiende y firma. Cambio fentanilo por oxicodona/naloxona (...) mantengo tramadol de rescate...aportará resultados de electromiograma y resonancia magnética el día que venga a realizarse la técnica para valorar ampliar técnica intervencionista (en el nivel donde la paciente refiere que se le origina el dolor se corresponde más con nervio femoral, en función de resultados valorar radiofrecuencia pulsada (rfp) de este nervio)”.

Asimismo, según informe de la Inspección, con fecha 26 de abril 2019 consta anotación de médico de Atención Primaria (Horus): *“RMN sin hallazgos. EMG/ENG: sin hallazgos significativos, el estudio electroneurofisiológico no muestra actualmente datos sugestivos de una neuropatía del nervio safeno izquierdo, el resto de nervios explorados también se encuentra dentro de los límites de la normalidad y el estudio electromiográfico no muestra alteraciones significativas”.*

Figura también en el informe de la Inspección Sanitaria (a través del sistema Horus) que el día 18 de junio de 2019 se realizó radiofrecuencia pulsada en nervio femoral y bloqueo del músculo piramidal. Este tratamiento se realizó por el Servicio de Unidad del dolor del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

El día 24 de octubre de 2019 se realizó nueva radiofrecuencia pulsada del nervio femoral izquierdo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Según la documentación aportada por la reclamante en el trámite de audiencia, el día 22 de junio de 2020 fue atendida en la Unidad del dolor del Hospital Universitario Puerta de Hierro haciéndose constar que *“ya no presenta dolor en territorio safeno tras radiofrecuencia pulsada de nervio femoral. En el momento actual presenta dolor en región del pubis diagnosticada de osteítis del pubis en tratamiento rehabilitador”*.

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

Requerida por la Administración para que cuantifique el importe de la indemnización solicitada, por escrito fechado el 24 de mayo de 2019 la interesada concreta los daños en 304 días de perjuicio moderado (16.538,41 €); un día de perjuicio grave, 77,61 €; 11.005 € por el lucro cesante correspondiente a la incapacidad para trabajar durante ese tiempo; 5.000 € por daños morales y refiere estar pendiente de un diagnóstico definitivo, un tratamiento adecuado y la valoración de las secuelas por lo que solicitará *“una cantidad adicional, en cuanto disponga del informe de valoración correspondiente”*. La interesada acompaña su anterior escrito con copia del certificado de retenciones e ingresos a cuenta del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondientes al ejercicio 2017.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe del Servicio de Neurología del Hospital General de Villalba, de 22 de mayo de 2019 (folio 38), en el que manifiesta que la paciente fue valorada solo en una ocasión por

dicho servicio el día 18 de julio de 2018 no apreciando, al igual que entendió la Unidad del dolor, datos sugerentes de neuropatía.

Asimismo, ha emitido informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital General de Villalba (folios 39 y 40), fechado el 22 de mayo de 2019, en el que refiere la asistencia prestada a la reclamante y concluye:

“La neuropatía del nervio safeno es una complicación recogida en el consentimiento informado que se produce según las series entre el 23 y el 40% de los pacientes en los que se realiza la safenectomía desde el tobillo y en el 19% en los que se realiza hasta la pierna. Habitualmente se resuelve espontáneamente o con tratamiento, permaneciendo solamente en el 7% de los pacientes a los 3 meses y en el 2,9% al año.

Como medidas para disminuir esta neuropatía están el no realizar la safenectomía desde el maléolo y que la safenectomía se realice por invaginación. Ambas medidas fueron tomadas durante la cirugía de la paciente”.

Consta también informe del Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba, de 23 de mayo de 2018 (folio 41), que analiza las dos asistencias prestadas a la reclamante los días 26 de abril y 3 de julio de 2018 y concluye que *“en ambas ocasiones se ha procedido según protocolo”.*

Con fecha 24 de septiembre de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 230 a 249) que, tras analizar la reclamación y la historia clínica de la paciente, concluye:

“Que las actuaciones diagnósticas, preventivas y terapéuticas dispensadas a D^a (...), con ocasión de la insuficiencia venosa crónica

y posteriores complicaciones tras la intervención quirúrgica de safenectomía y flebectomía, fueron acordes a lo aconsejado y disponible de acuerdo al estado actual de la ciencia”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a los interesados en el procedimiento. Por escrito presentado el día 23 de junio de 2020 presenta alegaciones el centro sanitario concertado que mantiene que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue ajustada a la *“lex artis ad hoc”*.

Con fecha 13 de julio de 2020 la reclamante formula alegaciones en las que mantiene que la firma de un consentimiento informado no excluye la existencia de mala praxis y que, en el presente caso, la doctora que le informó y le entregó el documento de consentimiento informado le manifestó que *“no solía haber complicaciones importantes”*. Acompaña su escrito con un informe pericial emitido por un licenciado en Medicina y Cirugía en el que se sostiene, además, que, desde la intervención quirúrgica, el día 14 de marzo de 2018 hasta la realización del electromiograma el día 28 de agosto pasaron más de 5 meses, lo que condiciona la agravación de todo el cuadro clínico doloroso padecido. Además, se acompañan informes de la Unidad del dolor del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda y partes de baja laboral.

Se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria (folios 317 a 322) con fecha 12 de octubre de 2020 desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha acreditado que la asistencia haya sido incorrecta y no concurrir la antijuridicidad del daño alegado por la reclamante.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 6 de noviembre de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 524/20, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 15 de diciembre de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo fue acompañado 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, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 €, por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 20 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación

debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

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

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital General de Villalba. A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12ª de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de

manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que la reclamante fue intervenida en el Hospital General de Villalba el día 14 de marzo de 2018 y atendida en múltiples ocasiones desde la intervención por dolor en la pierna operada, por lo que no existe duda alguna de que la reclamación presentada el día 12 de enero de 2019 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, así como al Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica de la paciente.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante y al centro concertado, que han efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que no se ha acreditado que la asistencia haya sido incorrecta y no concurrir la antijuridicidad del daño alegado por la reclamante.

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

generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

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

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

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”.

CUARTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que la reclamante, tras la intervención realizada por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital General de Villalba, consistente en safenectomía izquierda y flebectomía de la pierna izquierda, tuvo que ser atendida por dolor en esa pierna en diversas ocasiones, tanto por el Servicio de Urgencias como por los Servicios de Angiología y Cirugía Vascular, Neurología, Unidad del dolor y Traumatología y Cirugía Ortopédica hasta que, finalmente, fue diagnosticada de neuropatía leve del nervio safeno izquierdo el día 28 de agosto de 2018. Alega que, como consecuencia de este retraso en el diagnóstico, se produjo una agravación de todo el cuadro clínico doloroso que llegó a necesitar tratamiento en la Unidad del dolor y un período de baja laboral de 304 días.

Acreditada la realidad del daño, resulta necesario examinar la concurrencia de los requisitos de relación de causalidad entre los daños sufridos y la asistencia sanitaria prestada y la antijuridicidad del daño que determinan la existencia de responsabilidad patrimonial.

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

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

En el presente caso, la reclamante alega que hubo mala praxis en la intervención porque la facultativo que le entregó y explicó el consentimiento informado le dijo que *“no solía haber complicaciones importantes”* y que, una vez aparecida la sintomatología, no se tomaron las medidas adecuadas, transcurriendo más de 5 meses, *“lo que condiciona la agravación de todo el cuadro clínico doloroso que llega a necesitar el tratamiento de la Unidad del dolor y un período de 304 días de baja laboral con perjuicio personal moderado”*.

Aporta como prueba de sus alegaciones un informe pericial firmado por un licenciado en Medicina y Cirugía que afirma que *«en este caso no se demuestra que se actuó conforme a la “lex artis”, desde un punto de vista científico, pues si bien no se objetivan defectos de técnicas quirúrgicas, tampoco se toman medidas subsecuentes a la aparición de la sintomatología”*. En este sentido el perito afirma que hubo falta de medios diagnósticos debiendo haberse realizado un electromiograma en un primer momento y que hubo un retraso de diagnóstico de cinco meses.

Afirmaciones que resultan contradichas por los informes médicos obrantes en el expediente y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, donde queda puesto de manifiesto, como ha quedado relacionado en el antecedente de hecho segundo, todas las asistencias sanitarias prestadas a la reclamante con las pruebas realizadas en los meses siguientes a la intervención por los Servicios de Angiología y Cirugía Vascular, Urgencias, Unidad del dolor y Traumatología y Cirugía Ortopédica y en los que se pone de manifiesto, como destaca el médico inspector en su informe, que *“se le han realizado a la reclamante diversas pruebas tales como eco-doppler o ecografía en varias ocasiones, y que se han ido diagnosticando y tratando las complicaciones surgidas tales como infección o tromboflebitis superficial, con bastante éxito”*. Así, destaca el

informe de la Inspección Sanitaria que *“la aparición de un dolor no filiado desde primeros de julio es lo que origina la petición de un electromiograma en ese momento, agosto de 2018”*.

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

Los dictámenes citados se hacen eco de la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) que manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

Según la Sentencia de 18 de mayo de 2017 (recurso nº 355/2015):

“En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a

aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

En el presente caso, el propio informe pericial aportado por la reclamante reconoce, en primer lugar, que en la safenectomía “no se objetivan defectos de técnicas quirúrgicas” y que en el consentimiento informado firmado por la reclamante se admiten como posibles las lesiones de los nervios de la pierna por irritación (neuropatías del safeno).

Por lo expuesto, cabe considerar que la lectura del documento permitió a la interesada conocer los riesgos que podían materializarse, aunque la técnica fuera irreprochable desde la perspectiva de la *lex artis*, como sucede en este caso, por lo que debe rechazarse la alegación formulada genéricamente por la reclamante de que no fue adecuadamente informada. Asimismo, y en cuanto que las secuelas que padece la interesada estaban contempladas en el documento de consentimiento informado, no pueden calificarse como desproporcionadas.

Sobre la alegada falta de medios en el diagnóstico de la neuropatía del safeno, el informe pericial de parte se limita a señalar el retraso en el diagnóstico y que se le debía hacer realizado un electromiograma “desde el primer momento”, sin ningún razonamiento más.

Como ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora en numerosos dictámenes, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas

que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca: *“La asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

En definitiva, de la historia clínica y de los informes médicos que obran en el expediente, que no han sido desvirtuados por la interesada con su informe pericial, cabe concluir que la actuación sanitaria dispensada fue la adecuada, como concluye el médico inspector al señalar que *“que las actuaciones diagnósticas, preventivas y terapéuticas dispensadas a Dña. (...), con ocasión de la insuficiencia venosa crónica y posteriores complicaciones tras la intervención quirúrgica de safenectomía y flebectomía, fueron acordes a lo aconsejado y disponible de acuerdo al estado actual de la ciencia”*.

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

CONCLUSIÓN

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

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

Madrid, a 15 de diciembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 552/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid