

Dictamen n.º: **336/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **06.06.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 6 de junio de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera 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 ciertas secuelas que atribuye a una mala praxis en el postoperatorio de una intervención quirúrgica para la corrección de *hallux valgus* del pie derecho, que se le realizó en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 10 de agosto de 2020, la persona citada en el encabezamiento presenta un escrito en el registro de la Agencia Madrileña de Atención Social, formulando una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al SERMAS, por las secuelas derivadas del postoperatorio de una intervención quirúrgica para la corrección de *hallux valgus* del pie derecho, que se le realizó en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

La reclamante refiere que, fue intervenida de *hallux valgus* en pie derecho 30 años atrás, efectuándole hasta 3 cirugías, incluso con

injerto de cresta ilíaca, quedándole como secuela un apoyo defectuoso en el primero y segundo dedo del pie derecho, durante años.

Explica que, el día 1 de octubre del 2018, la paciente acudió a consulta de Traumatología de Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz –en adelante HUFJD-, para posible cirugía reconstructiva del *hallux*, aconsejándole una nueva intervención quirúrgica, para mejorar el apoyo en el primer y segundo dedo y mejorar la deformidad.

La reclamación relata el largo proceso postoperatorio que sufrió, con infección recurrente y continuada y manifiesta que ha estado de baja laboral desde el 2018 hasta 2020, teniendo que acudir con muletas a las revisiones y a las curas, pese a que los doctores le decían que todo iba bien. Aduce que, antes de la intervención tenía vida normal y estaba trabajando y que, se reintervino con la esperanza de mejorar notablemente; aunque ha sufrido un enorme sufrimiento, ha soportado la amputación de un dedo y tiene problemas de columna, por la forma incorrecta de caminar durante todo ese periodo.

La paciente considera que en el proceso asistencial postoperatorio concurrió una evidente *mala praxis* médica, pues considera que presentaba infección en la zona intervenida, al menos desde el día 5 o el 9 de abril de 2019 y, sin resultar debidamente resuelta, reprocha que se le practicara un injerto en esa zona y, mucho más, tomando el tejido del mismo pie, afectado por el referido proceso infeccioso. Igualmente, critica que el doctor que la trató no vio la osteomielitis, siquiera tras el informe de una RNM, realizada desde Urgencias en septiembre del 2019, donde ya se indicaba que existía esa infección y afirma que, todo ello llevó a la necesidad de

amputarle un dedo, en su totalidad, con el fin de evitar la progresión del cuadro infeccioso.

Por todo lo expuesto, la paciente solicita una indemnización económica de 100.000 €, que no desglosa, al considerar que las secuelas que sufre son consecuencia del retraso en el diagnóstico y tratamiento de la osteomielitis que tuvo lugar, tras la intervención quirúrgica de 23 de enero de 2019.

Adjunta a su reclamación, un parte de baja laboral, de fecha 18 de enero de 2019 y un informe de vida laboral de la reclamante, expedido por la Tesorería General de la Comunidad de Madrid, donde se refleja que había trabajado con continuidad desde septiembre de 1993, hasta el inicio del proceso por el que reclama.

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

La reclamante, nacida en el año 1961, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico, fue intervenida de *hallux valgus* en el pie derecho, 30 años antes. Requirió 3 intervenciones y precisó la realización de un injerto óseo, con mal resultado, quedándole como secuela durante todos esos años, un apoyo defectuoso en el primer y segundo dedo del pie.

En fecha de 1 de octubre del 2018, acudió a consulta de Traumatología del HUFJD, donde se le diagnosticó: *hallux valgus* acortado y metatarsalgia, por insuficiencia completa del primer radio, como secuelas subsiguientes a las intervenciones previas.

Se le indicó tratamiento quirúrgico, para mejorar el apoyo en el primer y segundo dedo y mejorar la deformidad.

El médico le explicó que la intervención sería complicada y la recuperación larga, necesitando muletas durante un tiempo. La paciente firmó el documento de consentimiento informado y el día 17 de diciembre del 2018 le realizaron el estudio preoperatorio.

El día 23 de enero del 2019 la paciente fue intervenida en el HUFJD, practicándole una cirugía compleja en la que, según se describió en el protocolo quirúrgico se le efectuó: *“cirugía reconstructiva de hallux valgus del primer dedo del pie derecho, refrescando foco de pseudoartrosis y realineación del primer dedo. Osteosíntesis con aguja KW, y aporte de autoinjerto de tobillo. Triple Weil M2 fijado con 2 tornillos, Weil simple M3- M4, resección heloma M5”.*

Recibió curas el día 29 de enero de 2019, con retirada de parte de las grapas.

El día 5 de febrero de 2019, acudió a Urgencias del HUFJD, derivada por el médico de Atención Primaria, por secreción purulenta en la herida quirúrgica. En la exploración en Urgencias presentaba: pie derecho inflamado, doloroso y negro y flictena perilesional. No constaba eritema, ni aumento de la temperatura local.

En las Urgencias, avisaron al Servicio de Traumatología que acudió para valoración, y no les impresionó de infección local. Efectuaron una cura a la paciente y le dijeron que esa era la evolución normal de la cirugía a la que había sido sometida. Le dieron cita programada para cuidados postquirúrgicos de Enfermería, indicándole continuar con la analgesia pautada.

La paciente siguió acudiendo a curas con Enfermería de Traumatología. En la cura del 7 de febrero, la enfermera escribió *“curo flictena y herida, coloco de nuevo vendaje, valorada por el Dr. (...), indicando buena evolución”*; en la cura del día 12 de febrero la

enfermera escribió: “*herida del 5º dedo macerada, mucho hematoma, pero menos que en la última cura; volver sin cita el día 15 de febrero*”.

El día 15 de febrero de 2019, la paciente acudió de nuevo a cura de Enfermería, haciendo la cura el propio traumatólogo, que consideró que la evolución era normal y la herida presentaba buen aspecto. Se le retiró el vendaje y continuaba con hematoma.

El día 19 de febrero, en la cura de Enfermería se anotó que presentaba buena evolución y el pie estaba menos inflamado. En la cura del día 26 de febrero, se hizo constar: “*heridas costrosas, presenta úlcera en el espacio entre 1º y 2º dedos*”.

El día 7 de marzo, la paciente acudió a revisión de Traumatología y el doctor consideró que había una buena evolución y que la semana siguiente le retirarían las agujas.

El día 14 de marzo de 2019, se procedió a la extracción y se anotó en la historia: “*necrosis distal en primer dedo. Retiro costras del lecho sano. Presenta úlceras en espacio entre 1, 2 y 3 dedos*”.

El día 21 de marzo, se le practicó nueva cura, desbridando la herida del primer dedo y quitando la costra. En la cura del día 26 de marzo, se anotó: “*la herida tiene muchos esfacelos. Se retira tejido desvitalizado*”. En consulta del 2 de abril, se retiraron nuevamente los esfacelos.

El día 5 de abril del 2019, atendieron a la paciente conjuntamente dos doctores, que informaron: “*dedo enrojecido y con mucho dolor, herida macerada*”. Le recetaron antibiótico, pautando Augmentine durante 10 días, llamando y solicitando valoración en la Unidad de Ulceras, que informó: “*herida quirúrgica de hallux valgus, presenta lesión en fase de granulación, con tejido esfacelar, exudado*

moderado, bordes macerados, rubor en piel perilesional; planta del pie con importante hiperqueratosis. Lesión en zona de 5º metatarsiano, menor de 1 cm de dimensiones, en fase de granulación, estancada, hiperqueratosis perilesional”.

El día 9 de abril de 2019, se le realizó cura en la Unidad de Ulceras, escribiendo: “*Evolución general favorable, lesión lateral en el quinto dedo, con material purulento y herida abierta de 1 cm. Se retira zona hiperqueratosica y se cura*”.

La paciente siguió acudiendo a curas cada 5 días, constando citas los días 12, 17, 23 y 26 de abril. Se reflejaba una evolución favorable, aunque, el día 29 de abril, se anotó en la historia: “*evolución favorable en fase de limpieza, exposición ósea y zona cavitada en el primer dedo*”.

En una nueva cura del 3 de mayo de 2019, se consideró que la herida presentaba tejido de granulación y menos esfacerlos y se instauró tratamiento con Augmentine, del 4 al 14 de mayo.

Con fecha 6 de mayo del 2019, la paciente acudió por dolor e inflamación, fue curada por la enfermera y el traumatólogo, decidiendo remitir al doctor del área que se ocupaba de los injertos, citándola para el día siguiente.

La evolución no fue buena y después de varias curas en los días sucesivos, se indicó hacer una angiotAC que fue normal. La úlcera mostraba exposición del hueso y se decidió efectuar curas cada 4 días.

El día 28 de mayo de 2019, la paciente fue valorada en consulta, de forma conjunta, por dos traumatólogos y la enfermera de Ulceras, ya que la herida continuaba con exposición ósea, El día 4 de junio de 2019, la enfermera anotó que la úlcera era de 1 cm por 1 cm, con

bordes ligeramente macerados y el día 7 de junio, que subsistía lesión en fase cicatricial, con bordes muy macerados, aunque no se veía hueso, ni se tocaba.

El día 8 de junio del 2019, ante la evolución tórpida de la herida quirúrgica, se le realizó un angioTAC, que resultó normal, programando una reintervención con injerto, mediante colgajo de piel y así, previa realización de estudio preoperatorio, fue reintervenida el día 28 de junio del 2019, por el doctor especialista en injertos. Se anotó: “*se realiza limpieza de bordes cutáneos de la ulceración interdigital entre 1º y 2º dedo del pie derecho, colgajo de avance plantar más autoinjerto de piel de región lateral del tobillo derecho, a fin de cerrar la ulceración del espacio interdigital entre el primero y segundo dedo del pie derecho*”. Los días 2 y 5 de julio del 2019, se efectuó la revisión del injerto, comprobando que la herida estaba macerada.

Con fecha 8 de julio de 2019 se informó del aparente fracaso del injerto y se constató “*herida plantar con mal aspecto; herida del tobillo enrojecida e inflamada*”. Valorada en consulta, se decidió tomar muestra, sin éxito.

El día 11 de julio de 2019, se decidió el ingreso urgente de la paciente para la limpieza quirúrgica y por “*sospecha de infección del injerto cutáneo*”. El día 12 de julio de 2019, fue intervenida quirúrgicamente realizándole un desbridamiento y limpieza de la ulceración, con toma de muestras. Fue dada de alta el 22 de julio, pautando tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina/clavulánico y rifampicina y curas cada 48-72 h, con buena evolución de la herida.

El resultado del cultivo demostró la presencia de 2 bacterias bastante resistentes: SAMS y Finegoldia Magna (un anaerobio); por lo

que se cambió la antibioterapia: vancomicina y rifampicina, pautándola durante 3 meses, hasta el 3 de octubre de 2029.

Entre tanto, el día 8 de agosto de 2019, el traumatólogo anotó en la historia que la herida tenía buen aspecto, estaba cicatrizada en prácticamente toda su extensión y el borde interno del primer dedo ligeramente macerado. El día 20 de agosto del 2019, el traumatólogo anotó en la historia que la herida estaba ligeramente macerada, se le solicitó una radiografía urgente ese mismo día, diagnosticando infección postquirúrgica del colgajo.

Se volvió a ver a la paciente en consulta de Traumatología el día 30 de agosto, indicándole que la infección quirúrgica estaba controlada, con evolución satisfactoria, con ausencia de signos de osteomielitis, sugiriéndole que caminara y se pusiera de puntillas agarrada a una silla y, según consta la paciente siguió las instrucciones, a pesar del dolor.

El día 3 de septiembre de 2019, la paciente acudió para valoración de la herida, por supuración del día anterior, denotando cavidad. Se le indicó que continuara las curas de manera similar.

El día 8 de septiembre, la doctora de Atención Primaria derivó a la paciente a Urgencias del hospital, siendo valorada en el hospital, donde se solicitó una RNM del dedo operado, para descartar una osteomielitis. La RM fue informada denotando: *“cambios postquirúrgicos de osteotomía de articulación metatarso-falángica del primer radio, con fragmentos no consolidados. Cambios postquirúrgicos de osteotomía de Weil de 2º a 4º metatarsianos, edema óseo y de partes blandas, circunferencial en toda la diáfisis del 3º metatarsiano, en relación con reacción de stress; marcada hiperintensidad de señal en falange distal y parte de la falange proximal del primer dedo, con cambios inflamatorios en la grasa circundante del colgajo, hallazgos que sugieren osteomielitis. No se objetivan alteraciones de la señal en*

placa plantar, ni lesiones sugestivas de neuroma de morton. No se evidencia derrame articular. Conclusión: reacción de estrés de tercer metatarsiano. Cambios postquirúrgicos con fragmentos no consolidados en el primer metatarsiano, osteotomía de Weil del 2º al 4º metatarsiano. Hallazgos de osteomielitis en la falange distal del primer dedo”.

Se indicó a la paciente que debía continuar con el tratamiento antibiótico y se sugirió la posibilidad de nuevas intervenciones.

El día 17 de septiembre del 2019, Enfermería de curas, anotó en la historia: “*lesión sin cerrar, impresiona exposición ósea, osteomielitis; pendiente de valorar por Traumatología*”.

El día 3 de octubre de 2019, en la consulta del Traumatología, la paciente solicitó explicaciones por la osteomielitis del dedo del pie y según la paciente, el doctor que la venía tratando le dijo rotundamente que no había ninguna osteomielitis y le retiró el tratamiento antibiótico que venía tomando hacia 3 meses.

Con fecha 8 y 17 de octubre de 2019, acudió nuevamente la paciente a la consulta de Traumatología, anotándose: “*herida aparentemente cerrada, no tiene osteomielitis...la infección quirúrgica está controlada, con evolución satisfactoria. Aplazamiento quirúrgico*”. Se le indicó seguir con las mismas curas.

Con fecha 24 de octubre del 2019 la paciente acudió a cura de Enfermería, anotando: “*la herida continúa manchando, macerada*”. Lo mismo sucedió en las curas de los días 7 y 14 de noviembre 2019.

Con fecha 24 de octubre del 2019, la paciente solicitó una segunda opinión, al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con diagnóstico de: “*imagen de necrosis de la falange*

proximal del primer dedo del pie derecho. Gran deformidad en el primer dedo del pie derecho, con ulceración en el borde externo”.

La paciente también pidió una segunda opinión al Hospital San Rafael, con diagnóstico de “*sepsis del primer dedo del pie derecho, tras cirugía correctora hace un año, por deformidad después de cirugía de hallux valgus hacia 30 años. Mantiene fistula que drena pus, Se sugiere actualizar estudios y determinar conducta a seguir*”.

Desde el 14 de noviembre del 2019 y a su instancia, la paciente regresó al HUFJD, no volviendo a ser vista y tratada por los profesionales de Traumatología y Enfermería que la habían tratado principalmente, hasta ese momento.

Los días 3 y 18 de diciembre del 2019, la paciente fue atendida por otros médicos que, ante la úlcera productiva en el primer espacio interdigital solicitaron un estudio de Rx y RM.

La RM fue informada como: “*cambios post quirúrgicos de osteotomía no consolidada del primer metatarsiano. Hallazgos de osteomielitis en la falange distal del primer dedo. Osteotomía de Weil de 2º a 4º metatarsiano. Resolución de la fractura de estrés del 3º metatarsiano*”. Con este diagnóstico, el día 2 de enero de 2020, los doctores confirmaron el diagnóstico de osteomielitis y sugirieron amputación del primer dedo y parte del primer metatarsiano del pie derecho, que fue aceptado por la paciente, incluyéndola en la lista de espera quirúrgica

El día 31 de enero de 2020, la paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándole una amputación transmetatarsiana M1, con exéresis de sesamoideos, alcoholización y enterramiento nervioso, y sección FHL, tomando muestra en quirófano para estudio bacteriológico. Permaneció ingresada hasta el día 5 de febrero, en que recibió el alta, con tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, además

de 1 antidepresivo y 1 ansiolítico pautado por el psiquiatra del hospital (sertralina 50 mg + lormetacepan 2 mg). Se previó también que continuara con curas periódicas, reposo durante 3-4 días, con el pie elevado la mayor parte del tiempo durante las primeras 48 h, y deambulación progresiva usando calzado de suela rígida, con ayuda de bastones, si lo precisara.

En el estudio microbiológico de la muestra de 11 de diciembre apareció *Haemophilus influenzae*, que es resistente a varios antibióticos: ampicilina, cloranfenicol, tetraciclina cefuroxima, y sensible a: amoxicilina+clavulámico, ceftrioxona, cotrimoxazol, levofloxacina, meropenen y claritromicina.

Se instauró tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulámico, además de ibuprofeno y paracetamol y continuó con las curas ambulatorias, con evolución favorable.

Además, se le pautó tratamiento rehabilitador para reeducar la marcha y órtesis plantares.

El día 16 de marzo, la revisión mostraba la herida cicatrizada y buena evolución, pero estaba algo costrosa, pautándole de nuevo antibioterapia.

Con fecha 20 de mayo del 2020, la paciente vuelve a revisión en Traumatología. La herida tenía buen aspecto, sin dolor, con ligera hipoestesia en la zona dorsomedial del pie que se había recuperado ligeramente.

Según la paciente, el pie estaba algo atrófico, por lo que se le pautó rehabilitación, acudiendo a una sesión semanal desde el día 1 de junio del 2020, hasta 3 de febrero del 2021. Se le indicaron órtesis plantares, con sustitución del segmento amputado; plantillas

termoconformadas, previo molde de escayola con relleno de la zona amputada.

Progresivamente, mejoró el patrón de marcha, con alteración del equilibrio en monopodal y sensación de inestabilidad con tendencia a la laterización a la derecha, que mejoró al cambiar de plantillas con base de carbono, para impulso del pulgar.

La paciente acudió a Rehabilitación con buen control del dolor, aunque subsistiendo alguna limitación de la movilidad del tobillo, que le dificulta la marcha y sensación de rigidez en el antepié, en torno al 2º dedo. Además, manifiesta que, tiene problemas de columna por la forma incorrecta de caminar durante todo ese periodo.

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 (en adelante, LPAC), comunicándolo a la reclamante, el día 21 de julio de 2020.

Consta que se dio traslado del inicio del expediente al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, el día 23 de julio de 2020, que remitió la historia clínica de la reclamante y el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la interesada del Centro de Salud Valleaguado, de Coslada y la correspondiente a las asistencias relacionadas con la reclamación, dispensadas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital Universitario del Henares, por seguimiento de la patología del pie, entre el 2010 y el 2017, donde consta reflejada la minusvalía por las secuelas de la previa intervención quirúrgica de *hallux valgus* y varias consultas en Traumatología, por presentar una escoliosis por convexidad izquierda e hipocifosis.

Entre la historia clínica del HUFJD, consta el documento de consentimiento informado para la cirugía del antepié, de fecha 1 de octubre de 2018 y el de la amputación de extremidad, validado el día 2 de enero de 2020- folios 125 al 140-.

En el primero de los documentos de consentimiento citados, se recogen, entre los “riesgos frecuentes”: “- *Infección de la herida, que puede ser superficial (se resuelve con limpieza local y antibióticos) o profunda (que requiere además de antibiótico, apertura de la herida y drenaje)*”.

Y entre los “riesgos poco frecuentes”:

“- *Necrosis de la piel de la zona intervenida, retrasándose la curación*

- *Perdida de la vascularización de los huesos que se han manipulado, produciéndose en ocasiones una necrosis distal del primer dedo tras la osteotomía del primer metatarsiano, por falta de vascularización en parte del trayecto vascular*”.

El 7 de agosto de 2020, la aseguradora del SERMAS, puso de manifiesto en el procedimiento que, dado que los hechos reclamados ocurrieron en el HUFJD; las eventuales consecuencias que pudieran derivarse de la reclamación de referencia, no podrían ser repercutidas a la póliza suscrita por el Servicio Madrileño de Salud, al no estar asegurado dicho centro en el contrato.

Por su parte, el HUFJD, remitió oficio de 21 de abril de 2021, aclarando que la asistencia cuestionada se prestó en virtud del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid y que se había comunicado a su propia aseguradora la tramitación de la reclamación. Junto al referido oficio, se remitió un informe de 19 de

abril de 2021, del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz -folios 1243 y 1244- en el que, tras dar cuenta de la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante, se explica la enorme dificultad añadida que implicaba la resolución del problema del pie derecho de esta paciente, al venir motivado de una anterior intervención, con malos resultados, que llevaban muchos años consolidados.

En cuanto al proceso actual, el informe manifiesta que, a pesar de su larga evolución temporal, a lo largo del postoperatorio no hubo signos ni síntomas típicos de infección y, por el contrario, la paciente sí presentó un defecto de cicatrización de la herida, con signos de necrosis cutánea, concentrándose los esfuerzos terapéuticos en sanar esas lesiones, con curas de repetición para favorecer la cicatrización, posterior seguimiento específico por la Unidad de Ulceras y, por último, practicándole un colgajo de cobertura, realizado por un facultativo experto en la materia.

Recalca el informe, la dificultad del diagnóstico precoz de la osteomielitis, máxime en el caso de esta paciente, sin signos específicos de infección.

Además, en cuanto al asunto de la tardanza en la detección de la infección, se indica que, según el informe de Cirugía, aunque la paciente no presentaba signos específicos de infección durante los dos primeros meses, no se podía descartar con seguridad la posible infección local u osteomielitis, por lo que con fecha 5 de abril del 2019 se instauró tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico y, más tarde, el doctor inicialmente responsable de las actuaciones confirmó la presencia de infección tras la cirugía realizada, el 12 de julio de 2019, a través del correspondiente cultivo y, por tanto, con anterioridad a la RM, de 8 de septiembre de 2019.

El día 3 de marzo de 2022, la interesada formuló un escrito de impulso procedimental, al no haber tenido más noticias del desarrollo del procedimiento desde que se le comunicó su incoación y además indicando un nuevo domicilio a efectos de notificaciones, señalando a tal fin el despacho profesional de unas letradas – folio 1248-.

El 7 de marzo, se le contestó indicando que se tomaba razón del nuevo domicilio y que el procedimiento se encontraba en fase de instrucción, pendiente de la emisión del informe de la Inspección Sanitaria. El escrito consta recibido el día 15 de marzo de 2022.

Tras la remisión de la citada documentación, se ha incorporado al procedimiento el informe emitido por la Inspección Sanitaria, de 27 de junio de 2022, en el que, tras analizar la historia clínica de la interesada y los informes emitidos en el curso de la asistencia, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, se concluye que, *“el cuadro de osteomielitis del primer dedo, tras la cirugía reconstructiva, es una posible complicación, pero debió diagnosticarse más precozmente por parte del Servicio de Traumatología, solicitando las pruebas analíticas, microbiológicas y de imagen necesarias para confirmar o descartar el diagnóstico”*, apuntando igualmente que, en tal caso, aunque no es seguro que se hubiera evitado la amputación, existe la posibilidad de que no se hubiera necesitado una exéresis tan amplia, como manifiesta la paciente – folio 1252 al 1264-.

El 2 de enero de 2024, se documentó en el procedimiento que la negociación que se había intentado para poner fin al procedimiento había fracasado, dada la imposibilidad de acercamiento de posturas sobre la valoración del daño- folio 1266-.

Posteriormente, se ha adicionado un informe sobre la valoración de daño corporal de la reclamante, formulada por una especialista en Medicina del Trabajo y en valoración del daño corporal, a cargo de la

aseguradora del SERMAS. El informe utiliza para la valoración, el baremo médico de la Ley 35/2015, la fecha de tarificación correspondiente al año 2019 (fecha del hecho causante), y para el cálculo de la cuantía de la indemnización, la calculadora del programa UNESPA/TIREA.

Los cálculos efectuados ascienden a 34.410,64 €, que se desglosan considerando las siguientes partidas:

- Lesiones temporales: se computan desde el día 5 de abril de 2019, fecha en que, según el informe de Inspección debió haberse realizado el cultivo de la herida, hasta el 16 de marzo de 2020, fecha en que la herida ya estaba cicatrizada, resultando un total de 346 días para alcanzar la estabilidad lesional. De ellos, se consideran como días de perjuicio personal grave, los 6 que permaneció ingresada- desde el 31 de enero de 2020, hasta el día 5 de febrero de 2020, que valorados a 77,51€ cada uno, determinan 465,66€.

El resto de los 340 días se consideran de perjuicio personal moderado, valorados a 53,81€, resultando un total de 18.295,40 €.

- Respecto a las cirugías, se valoraría exclusivamente la segunda, pero se indica que, no se contempla la cirugía de amputación, porque formaba parte del tratamiento y se considera que, en caso de que, si se hubiera diagnosticado antes la osteomielitis, también se hubiera tenido que practicar la amputación.

No obstante, en cuanto a este aspecto, se valora la “cobertura de defecto” (cicatrices, heridas, ulceras, quemaduras, por ejemplo), que incluye categorías como la extirpación o el desbridamiento y cierre directo. GRUPO I. Se valora en 413,94 €.

-En cuanto a las secuelas, se consideran 7 puntos del perjuicio estético (el grado menor de la horquilla, porque hubiera quedado

prácticamente el mismo y, además, partía de una alteración morfológica por las 3 cirugías previas), resultando 6.113 € y otros 10 puntos del perjuicio psicofísico, al tratarse de la amputación del primer dedo de la extremidad inferior, de lo que resultan 9.122,64 €.

- No se contempla pérdida de calidad de vida ya que, la amputación se hubiera realizado igualmente, y aunque pudiera haber sido más restrictiva, las limitaciones funcionales de la vida hubieran sido prácticamente iguales.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a la interesada, con acuse de recibo del 14 de febrero de 2024 y al HUFJD, al que se notificó el día 30 de enero de 2024.

Obra en el expediente que el centro hospitalario formuló alegaciones el 21 de febrero de 2024, en las que sostuvo que la actuación del Servicio de Traumatología, Cirugía y Enfermería del centro hospitalario fue conforme a la *lex artis*, con fundamento en los informes médicos que figuran en el procedimiento.

No se han efectuado alegaciones finales por parte de la reclamante.

Finalmente, el 19 de abril de 2024 se formuló propuesta de resolución en la que se estima parcialmente la reclamación y se reconoce una indemnización, pendiente de actualizar a la fecha en que se ponga fin al procedimiento, por importe total de 34.410,64 €.

CUARTO.- El 25 de abril de 2024 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 282/24 a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 6 de junio de 2024.

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, 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 amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la atención médica que es objeto de reproche.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, integrado en la red sanitaria pública madrileña por convenio singular, prestándose la asistencia al amparo del mismo. A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (104/21, de 23 de febrero, 323/20 de 28 de julio, 222/17 de 1 de junio, 72/18 de 15 de febrero y 219/18 de 17 de mayo), 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 12^a de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, 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 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 (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, resulta de la documentación examinada que, tras la cirugía de amputación del dedo, la herida estaba ya cicatrizada y curada el 16 de marzo de 2020; por lo que cabe entender formulada en plazo legal la reclamación presentada el 10 de julio del mismo año.

En cuanto al procedimiento, de acuerdo con el artículo 81 de la LPAC, se recabó el informe del servicio implicado en el proceso asistencial de la reclamante del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria y se ha adicionado un informe sobre valoración del daño corporal aportado a instancias del SERMAS. Con posterioridad a todo ello, se ha conferido el correspondiente trámite de audiencia a la reclamante y al centro hospitalario concertado. Finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

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, pese a lo cual debemos destacar la excesiva tardanza en la tramitación del procedimiento, que resulta contraria a la diligencia debida y al principio de buena administración, implícito en nuestra Constitución (artículos 9.3, 103 y 106), ya que, como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de octubre de 2020 (recurso 1652/2019), “*...el conjunto de derechos que de aquel principio derivan (audiencia, resolución en plazo, motivación, tratamiento eficaz y equitativo de los asuntos, buena fe) tiene -debe tener- plasmación efectiva y lleva aparejado, por ello, un correlativo elenco de deberes plenamente exigible por el ciudadano a los órganos públicos*”.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

- 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.
- 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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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 concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) ha señalado 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.- En el presente caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante considera que las secuelas que sufre son consecuencia del retraso en el diagnóstico y tratamiento de la osteomielitis que sufrió en el postoperatorio de la intervención quirúrgica para la corrección de *hallux valgus* del pie derecho, a que

se sometió el día 23 de enero de 2019, en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Expuestos los términos de la reclamación, y acreditado que la reclamante ha sufrido una grave infección tras la referida cirugía, que ha determinado que tenga que serle amputado íntegramente un dedo del pie derecho, resulta esencial determinar si se produjo la infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales implicados en el proceso asistencial de la interesada, para lo cual 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, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados*”.

Sin perjuicio de lo expuesto, en el presente caso, es el propio informe de la Inspección Sanitaria el que ofrece respaldo a los planteamientos de la reclamante, al efectuar una serie de consideraciones jurídicas en las que analiza cada uno de los reproches que se efectúan a la praxis médica y los confronta con las

respuestas que efectúa el responsable del servicio cuestionado, determinando si las mismas resultan o no satisfactorias.

Así, sintetiza que la paciente considera que, aunque desde el día 5 de abril ya sufrió una infección, se retrasó su diagnóstico hasta el mes de julio, en el que le tomaron muestras y se hizo un estudio microbiológico, aislando 2 bacterias bastante resistentes a la antibioterapia, por lo que -entre tanto-, la ulceración fue creciendo de forma progresiva e incontrolada.

En cuanto a la limpieza quirúrgica con injerto que se le realizó el día 28 de junio de 2019, la paciente alega que no debieron hacer el injerto, sin haberse asegurado de haber acabado totalmente con la infección de la zona ulcerada, y que, además, no debió cogerse el material para el injerto de la propia zona ulcerada: el tobillo del mismo pie, ya que podía estar infectado, y esto no se comprobó con un estudio bacteriológico previo.

Según ella, la infección de la ulceración se extendió al injerto, y este fracasó.

En adelante, la reclamante considera que se le continuaron realizando curas en el HUFJD; pero que siempre se negaba la evidencia de la osteomielitis, aunque “*había un agujero en el primer dedo, que cada vez se hacía más grande*”-sic- y que, hasta que no acudió a otros centros buscando una segunda opinión, en el mes de octubre de 2019, no obtuvo un tratamiento claro de la osteomielitis, habiéndose ya inevitable la progresión de la infección, hasta determinar la necesaria amputación completa de un dedo del pie derecho.

Ante tales reproches, el responsable del servicio cuestionado, mantiene que la paciente presentó desde el principio únicamente un defecto de cicatrización y que no se evidenció la infección hasta

pasados muchos meses desde la intervención del 23 de enero de 2019; que se le aplicó en cualquier caso un tratamiento de cobertura antibiótica profiláctica antes del injerto y también después de la constatación de la infección de la zona, constatada en la radiografía de 20 de agosto.

Sobre la valoración de tales contestaciones, la Inspección Sanitaria explica que, para efectuar el diagnóstico de la infección de una herida u osteomielitis, deben analizarse varios criterios diagnósticos, tales como los siguientes: el aspecto de la herida - profundidad, exudación y el tiempo que lleva activa-; el análisis sanguíneo -leucocitos, VSG, PCR-; el cultivo microbiológico -debiendo hacer un cultivo microbiológico del tejido de la herida y en concreto del de la zona más profunda, para el aislamiento de gérmenes, con posterior antibiograma, para aplicar la mejor cobertura antibiótica posible- y las pruebas de imagen, que coadyuvan aunque no son determinantes -como son la RNM o el TAC- y pueden detectar una osteomielitis localizada.

Considerando todo ello en la valoración crítica de la asistencia postoperatoria de esta paciente, la Inspección Médica establece en su informe que, durante los 2 primeros meses, se produjeron defectos de cicatrización y signos de necrosis cutánea superficial, enfocándose el esfuerzo terapéutico en conseguir la cicatrización por segunda intención, y el correcto seguimiento por la Unidad de Ulceras, adoptando una actuación conservadora, que se reputa correcta.

No obstante, con fecha 5 de abril del 2019, se estima por el inspector que ya había signos claros de infección local (exudado, material purulento y bordes macerados...), pautándole tan sólo tratamiento empírico con antibioterapia genérica y únicamente durante 10 días, sin realizar pruebas analíticas y cultivo microbiológico que confirmara la infección y el concreto germen

causante, debiendo haber aplicado un tratamiento antibiótico específico, que sin duda resultaría más eficaz.

Añade la Inspección que, también resulta del expediente que, en ese momento se continuó con curas de la herida quirúrgica y se programó un injerto cutáneo, sin confirmar el proceso infeccioso de la zona y, por tanto, sin aplicar la terapia antibiótica específica, propiciando que, como efectivamente sucedió, el injerto fracasara y, con fecha 12 de julio del 2019 hubo que proceder a una nueva limpieza y desbridamiento quirúrgica de la zona, no siendo hasta ese momento cuando se llevó a efecto el cultivo y el antibiograma del tejido de la zona ulcerada, pautándose la antibioterapia específica precisa.

El informe también establece que, el cuadro de osteomielitis del primer dedo no se diagnosticó efectivamente hasta la RNM realizada el 8 de septiembre del 2020, solicitada vía Urgencias, tras la derivación de la paciente por su médico de Atención Primaria y todo ello, conllevó la amputación del primer dedo y parte del primer metatarsiano, al año de la primera intervención, de 23 enero del 2020.

Por lo expuesto, a partir del informe de la Inspección Sanitaria, *“el cuadro de osteomielitis del primer dedo, tras la cirugía reconstructiva, es una posible complicación, PERO debió diagnosticarse más precozmente por parte del Servicio de Traumatología, solicitando las pruebas analíticas, microbiológicas y de imagen necesarias para confirmar o descartar el diagnóstico”* y, en cuanto a las consecuencias del retraso, determina: *“El diagnóstico precoz de la osteomielitis, NO necesariamente hubiera evitado la amputación, pero existe la posibilidad de que un diagnóstico precoz hubiera llevado una exéresis menos amplia, tal y como manifiesta la paciente”*.

Compartimos tales conclusiones de la Inspección Sanitaria que, como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, según ha puesto de manifiesto el Tribunal Supremo en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 11 de mayo de 2021 (recurso 6479/2020) y el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 23 de diciembre de 2021 (recurso 980/2020).

En definitiva, tenemos por acreditado que, en este caso, concurrió un retraso diagnóstico de la osteomielitis sufrida, calificable de *mala praxis médica* y que ello complicó la evolución del proceso curativo de la reclamante y propició la necesidad de la amputación de un dedo de su pie derecho, que hubo de efectuarse, en toda su extensión; por lo que también concurre el nexo causal entre el daño y el Servicio Público.

QUINTA.- Establecida la existencia de un retraso diagnóstico y asistencial contrario a la *lex artis ad hoc*, procede determinar la responsabilidad indemnizable.

Sobre esta cuestión, consta en el expediente un dictamen de valoración del daño corporal emitido en fecha 12 de septiembre de 2023, a instancias del SERMAS, por un perito médico, vinculado a su compañía aseguradora.

En dicho informe, a la vista de toda la documentación que integra el procedimiento administrativo, se valora el daño producido por el retraso diagnóstico que se produjo entre el 5 de abril y el 8 de septiembre de 2019.

En términos generales, el cálculo se considera debidamente argumentado, contabilizando los días en que se alargó el periodo de sanidad de la reclamante y las secuelas, pero disentimos en lo

referente a la valoración de las intervenciones quirúrgicas, de las que solamente se considera y valora una de ellas- la del implante del injerto cutáneo, de 28 de junio de 2019- que, además, se valora en el importe mínimo que se señala en el baremo aplicado: 413,94€.

Frente a lo expuesto, observamos que, además de esa intervención se le realizó otra más, para la limpieza y desbridado de la herida, el día 12 de julio de 2019 y, la tercera y más determinante, la del 31 de enero de 2020, en la que se le amputó íntegramente un dedo del pie derecho.

Consideramos por tanto que, esas otras dos intervenciones también deben valorarse, porque se han sufrido efectivamente por la reclamante y no es claro que, de forma independiente al tórpido proceso postoperatorio, motivado por la demora de diagnóstico y tratamiento de la osteomielitis.

De otra parte, los criterios que nos marca el baremo al que estamos acudiendo para valorar la indemnización por las intervenciones quirúrgicas son las características de las mismas, la complejidad de la técnica y el tipo de anestesia, todo ello dentro de los límites que marca la Tabla 3.B, correspondiente al 2019, es decir entre 413,94 y 1.655,73 € por cada intervención.

Por lo expuesto, aplicando orientativamente el referido baremo, entendemos más correcto valorar las dos intervenciones de limpieza, desbridamiento y -en la primera- además injerto, en la mitad del valor asignado -827,86 €- y la última de ellas en su cuantía máxima 1.655,73 €-. De todo ello resulta una cuantía indemnizable total de 37.308,15 €.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación formulada y reconocer una indemnización de 37.308,15 €, pendiente de actualizar a la fecha en que se ponga fin al procedimiento.

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 6 de junio de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 336/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid