Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 8 de enero de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 565/2023 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado a instancia de (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada solicita una indemnización superior a los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado éste, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

Tampoco obsta un pronunciamiento que se esté tramitando ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Las Palmas de Gran Canaria n.º 5 el Procedimiento abreviado n.º 24/2023 que solicita la remisión del expediente administrativo con fecha 31 de marzo de 2023.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que obsten la emisión de parecer de este Consejo sobre el fondo de la presente reclamación.

II

1. La sucesión de hechos, según la reclamante, es que como consecuencia de la intervención de alargamiento de gemelo a la que fue sometida el 8 de julio de 2019, presenta acortamiento de gastrocnemios y pérdida severa de unidades motoras en gemelo interno derecho, por la cual desde el Hospital Dr. Negrín no le han dado solución estando de baja 18 meses y actualmente de vacaciones por no poder incorporarse al puesto de trabajo por las limitaciones originadas por la cirugía, por lo que he tenido que acudir a servicios exteriores a dicho centro.

Adjunta informe médico posterior de fecha 17 de marzo de 2021 en el cual se detalla «*los signos y síntomas compatibles con daño nervioso de las fibras del gemelo medial y lateral*», encontrándose actualmente muy limitada e impedida ya que presenta fatiga de los músculos extensores y pérdida de fuerza, lo que provoca traumatismos de forma casi continuada.

En la consulta se realizó una infiltración con lidocaina bajo control ecográfico del trocotibial y peroneo y la respuesta favorable por lo que se propone realizar una liberación abierta del troncotibial y del tronco peroneo. La cirugía está programada para el mes de mayo.

Solicita el abono de los gastos de la intervención, de consulta de desplazamientos, preoperatorio, y daños y perjuicios:

Intervención quirúrgica 10.300

Consulta :300

Desplazamientos 2500

Preoperatorio 70

Daños y perjuicios (ingresos no generados por IT, más gastos de préstamo, más daños y perjuicios psicológicos derivados de mala praxis y dejadez): 24.000.

2. Admitida la reclamación, el 27 de junio de 2023 se acordó mediante Resolución de la Directora del Servicio Canario de la Salud la suspensión del procedimiento general y el inicio del procedimiento simplificado conforme a lo dispuesto en el artículo 96. 4 de la LPACAP.

Con fecha 30 de junio fue debidamente notificada dicha Resolución, sometiendo a la conformidad de la interesada la propuesta de terminación convencional sin que se hubiese obtenido dicha conformidad.

3. El SIP informa lo que sigue:

«1.-Remitida por dolor en el pie derecho de larga evolución es valorada en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) el 22 de febrero de 2018.

A la exploración: Pie derecho con acortamiento de gastrocnemios. Limitación de la movilidad del hallux. Dedo en martillo reductible. 5º dedo en varo.

Bajo el diagnóstico de metatarsalgia pie derecho se solicita Rx de pies en carga.

Valorada el 28 de febrero de 2018 por deformidad y dolor crónico en pie derecho. Exploración física:

Pie derecho, quinto dedo en martillo, dolor en cabeza del segundo, tercero, cuarto y quinto metatarsiano.

Se indica analgesia si precisa, frío local y plantilla de descarga. Control en tres meses con Rx que solicitará a Médico de Familia. Derivación a Unidad de Miembro Inferior si no mejora.

En Rx 5º dedo en martillo pie derecho, caída de cabeza de metatarsiano.

Tras tratamiento conservador se derivó el 28 de mayo de 2018 a la Unidad de Miembro Inferior para valorar intervención quirúrgica.

En el Servicio de COT, Unidad de Miembro Inferior, el 26 de abril de 2019: No ha mejorado con ejercicios de estiramiento ni con plantillas. Se indica alargamiento del gastrocnemio medial pierna derecha.

En esa fecha firma Documento de Consentimiento informado (donde se recoge que se han explicado los riesgos en relación al procedimiento quirúrgico) y se incluye en lista de espera quirúrgica.

El 13 de mayo de 2019 firma, nuevamente DCI en el Hospital (...)

3.-El alargamiento de gastrocnemio medial es realizado el 8 de julio de 2019 en el Hospital (...), por cupo, mediante apertura de fascia superficial en gastrocnemio medial a nivel proximal.

Alta en el mismo día.

4.-En revisión del 12 de julio de 2019 en el Servicio de COT: Herida con buen aspecto. Pendiente de comenzar tratamiento rehabilitador.

Se le indica realizar estiramiento y control en 6 semanas.

En revisión de fecha 23 de agosto de 2019, ya en tratamiento de rehabilitación, refiere cierta insensibilidad en el pie. Logra 90º en el tobillo. Herida cicatrizada. Marcha de talones y punta. Control en 6 semanas.

5.-El 11 de octubre de 2019 en valoración en el Servicio de COT una vez terminado tratamiento: Correcta situación del complejo de gastrocnemios. Control en 2 meses.

6.-En valoración el 10 de enero de 2020 en el Servicio de COT refiere insensibilidad en el pie operado.

Dolor en pantorrilla. En la exploración: Acortamiento discreto residual de gastrocnemio. Marcha de punta y talones correcta. Se insiste en ejercicios de estiramiento y se solicita EMG.

7.-Consta en Historia de Salud de Atención Primaria, el 4 de febrero de 2020, que ha pedido segunda opinión y que se realizará EMG privado.

8.-El EMG y ENG realizado en el Hospital (...) el 12 de febrero de 2020 concluye: Se registran datos EMG compatibles con una pérdida severa de unidades motoras en gemelo interno derecho, sin actividad aguda de denervación y con valorares normales en el músculo gemelo externo derecho. No se registran signos de afectación neurógena ni miopática en el resto de músculos explorados, de la extremidad inferior derecha.

No se objetiva signos de neuropatía del nervio tibial posterior derecho en fosa poplítea, salvo leve disminución de su amplitud al registrarse en gemelos y comparada con el contralateral.

Se obtiene valores normales de conducción de los nervios: Peroneo derecho, Sural derecho, Tibial posterior derecho (motor y sensitivo, en todo su recorrido) y Tibial posterior izquierdo (motor proximal). Pie derecho y dolor en la pantorrilla tras la cirugía A la exploración presenta acortamiento residual de gastrocnemios. Marcha de talones y punta conservadas y pérdida severa de unidades motoras e gemelo interno derecho.

Se valora el EMG y se remite al Servicio de Rehabilitación. Valorada en este Servicio el 12 de marzo de 2020 se describe marcha de puntillas talones normal. BM normal. BA libre Aparente hipoestesia parcheada MID por debajo de la rodilla. No signos de DSRS. Se indica fisioterapia.

10.-El 17 de abril de 2020 el Servicio de COT considera valorar el nervio ciático poplíteo interno (rama sensitiva). Pendiente de EMG y solicita RMN preferente.

En la solicitud consta: Refiere pérdida de sensibilidad de rodillas para abajo en pierna derecha (con ligera recuperación de la misma en territorio externo de la pierna).

En la EF: No amiotrofias, BM conservado, BM 5/5 en MID y 5/5 MII. ROT MMII 2/4, normorreactivos. Sensibilidad conservada. Coordinación y marcha dentro de la normalidad. RCP flexor. Puntilla-talón normal. Cicatriz en fosa poplítea derecha.

El EMG realizado el 2 de junio de 2020: Se exploran nervios motores peroneal común y tibial posterior estimulando a nivel de garganta del pie/fibula y maleolo interno/hueco poplíteo respectivamente, y recogiendo respuesta en músculos pedio y A. hallucis con los siguientes hallazgos: Velocidad de conducción, latencia motora distal, amplitud y morfología dentro de la normalidad.

-Velocidad de conducción, latencias, amplitudes y morfología dentro de la normalidad.

-Asimetría de amplitud en nervio sural derecho con respecto al izquierdo Se explora función muscular del tibial anterior, pedio, gastrocnemio lateral/medial y extensor corto de los dedos: Ausencia de actividad de denervación en reposo. En gastrocnemio lateral PUMs de

amplitud reducida, con polifasia en grado leve y patrón de reclutamiento simple. No se consiguen obtener PUM en gastrocnemio medial.

En el estudio neurofisiológico de miembros inferiores: Potenciales evocados motores y sensitivo dentro de la normalidad con excepción de una asimetría en la respuesta obtenida en nervio sural derecho, de más baja amplitud que en el lado izquierdo.

Pérdida de unidades motoras en gastrocnemio medial derecho y en menor medida en gastrocnemio lateral derecho.

El Servicio de COT el 19 de junio de 2020 valora el estudio. Pendiente de RMN solicita tratamiento rehabilitador y nuevo control tras su finalización.

11.-El 1 de julio de 2020 se realiza RMN: No se observan alteraciones de la señal ni grosor del ciático poplíteo interno ni lesiones que los compriman o desplacen en su teórico recorrido por la vertiente posterior del hueco poplíteo y tercio medial de la pierna.

No se visualizan colecciones en relación con seromas o hematomas secuela de cirugía previa.

Tampoco se visualiza alteraciones en la rodilla incluida en el estudio. Concluyen: Sin hallazgos de significado patológico.

12.-El 7 de agosto de 2020 en el Servicio de COT: Se valora EMG y RMN dentro de la normalidad.

Clínicamente presenta anestesia de la pantorrilla derecha. Mejora con la RHB en episodio previo.

Pendiente de ser llamada para rehabilitación. Se cita en 3 meses.

En valoración de 5 de febrero de 2021: Mejoría clínica con la RHB. Mejor adaptación de la marcha.

Anestesia de la marcha . Se realiza interconsulta con Rehabilitación y se solicita TAC lumbar.

En la solicitud del TAC: Anestesia de la pierna derecha tras cirugía de alargamiento del gemelo interno que no justifica el problema de la paciente. Se solicita prueba para descartar patología degenerativa lumbar.

Realizado TAC lumbar el 17 de abril de 2021: No se identifica hernias discales ni cambios degenerativos. Estudio sin hallazgos relevantes.

13.-Realiza tratamiento rehabilitador en el periodo 19 de agosto a 22 de octubre de 2020.

En la valoración el 14 de octubre: MID: Cuádriceps 4+/5, distal 4-/5. Sensibilidad: hipoestesia desde rodilla hasta planta del pie. Claudicación después de marcha prolongada.

Se solicita renovación del tratamiento para mejorar balance muscular y marcha.

Nuevo periodo de tratamiento desde el 21 de octubre de 2020 al 29 de enero de 2021.

El 20 de enero: Persiste dolor en gemelo y en tendón de Aquiles derecho. BM 5/5 en cuádriceps con acortamiento del tendón de Aquiles en MID. Marcha sin asistencia con alteración del equilibrio por déficit para mantenerse en apoyo monopodal de MID. Causa alta por estabilización de la sintomatología y valoración por Traumatología de Unidad de Miembro Inferior.

14.-Acude a centro privado de Traumatología en Madrid el 16 de marzo de 2021 por parestesias y adormecimiento de pierna derecha tras cirugía de alargamiento de gemelos.

A la exploración clínica y ecográfica se objetivan signos y síntomas compatibles con daño nervioso de las fibras del gemelo medial y lateral.

Muy limitada e impedida por fatiga de los músculos extensores y pérdida de fuerza lo que provoca traumatismos frecuentes.

Se realiza infiltración con lidocaína del tronco tibial y peroneo con respuesta favorable por lo que se propone liberación abierta de tronco tibial y de tronco peroneo y al cumplirse un año y dependiendo de la evoluciona se realizaría una transposición tendinosa. Mientras tanto se recomienda órtesis tipo boxia.

En la misma fecha se realiza presupuesto de la intervención exoneurolisis microquirúrgica nervio ciático.

15.- El 10 de mayo de 2021 es intervenida en centro privado causando alta en la misma fecha.

Se realiza liberación del tronco tibial y peroneal. Alargamiento de gemelos. Fasciotomía del compartimento gemelar posterior y lateral.

Citada a revisión al día siguiente.

16.-Realiza curas en su Centro de Salud hasta el 18 de junio de 2021.

Cita en Centro privado en Madrid el 28 de junio de 2021.

El 2 de agosto de 2021 refiere en Atención Primaria mejoría sintomática. Ha contactado con cirujano por sensación de disestesias que han relacionado con adherencias de cicatriz.

El 14 de septiembre de 2021 refiere a su Médico de Atención Primaria que mantiene disminución de la sensibilidad.

17.-El 26 de noviembre de 2021 se realiza aviso telefónico desde el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y no responde. Citar en una semana.

El 3 de diciembre de 2021 en el Servicio de Traumatología: TAC lumbar normal.

Se hace referencia a la intervención en centro privado.

Menciona la paciente mejoría clínica. Sensibilidad recuperada.

Le falta fuerza muscular gemelar.

Se realiza interconsulta al Servicio de Rehabilitación y cita para control en 4 meses.

18.-El 30 de diciembre de 2021 es valorada en el Servicio de Rehabilitación después de la segunda intervención.

A la exploración: Marcha adecuada. Realiza marcha en talones y puntillas. BM sólo tibial anterior y gemelos 4/5. Hipoestesia en todo tobillo/pie.

Se indica tratamiento de fisioterapia.

El 15 de mayo y 26 de septiembre de 2022 se anota que está mejor, exploración anodina.

El 14 de abril de 2023 se describe asintomática causando alta en el Servicio.

19.- Inicia proceso de IT el 8 de julio de 2019 bajo el concepto de entesopatía tobillo y tarso pasando a control del INSS (por cumplimento de un año) el 6 de julio de 2020 con prórroga hasta el 10 de febrero de 2021.

Inicia nuevo proceso de IT, bajo el diagnóstico de alteración de la sensibilidad cutánea, el 10 de mayo de 2021 con alta laboral dada por el INSS el 19 de octubre de 2022.

20.-La empresa autorizó, como se expresa en escrito de 1 de marzo de 2021, vacaciones solicitadas por la reclamante para los periodos:

Vacaciones de 2019: periodo 15 de febrero a 16 de marzo de 2021.

Vacaciones de 2020: periodo 17 de marzo a 15 de abril de 2021. "

C.-CONSIDERACIONES

El nervio ciático mayor a nivel del hueco poplíteo (en región posterior de la rodilla) se separa en el nervio ciático poplíteo interno (tibial) y el ciático poplíteo externo (peroneo).

El ciático poplíteo externo (peroneo) desde el hueco poplíteo sigue diagonalmente hacia abajo bordeando la rodilla y la cabeza del peroné y se divide en las ramas nervio cutáneo peroneo (que inerva la piel de la cara lateral, maleolar externa de la pierna, dorso del pie y el primer dedo), nervio tibial anterior (que desciende por la cara anteroexterna de la tibia, inervando a los músculos tibial anterior, extensor común de los dedos, extensor propio del primer dedo y pedio) y nervio recurrente articular (inerva la articulación de la rodilla).

La lesión traumática del nervio ciático poplíteo externo origina dificultad para la flexión dorsal del pie y del primer dedo, no es posible la eversión del pie y abducción, así como dificultad para la marcha sobre los talones (píe caído).

Además existe hipoestesia de la parte lateral de la pierna, la región dorsal del pie y del primer dedo. Son frecuentes las causalgias.

El nervio ciático poplíteo interno (tibial) desde el hueco poplíteo se continúa verticalmente por la cara dorsal de la pierna a la cara dorsomedial del tobillo, bordeando por detrás el maleolo interno llega a la planta del pie y da sus ramas terminales el plantar interno y el plantar externo.

La inervación motora de este nervio se dirige a los músculos gemelos, plantar delgado, tibial posterior, flexor común largo de los dedos, sóleo, flexor largo y corto del primer dedo. Da una rama que se une a la que emite el ciático poplíteo externo y forman el nervio safeno que inerva la piel de la cara posterior lateral de la pierna y del pie.

D.- CONCLUSIONES

1.-Antes de la intervención de fecha 8 de julio de 2019, objeto de la reclamación, presentaba la reclamante metatarsalgia, describiéndose en la exploración de fecha 22 de febrero de 2019 acortamiento de gastrocnemios.

En el acortamiento de gastrocnemios (gemelos) está limitado el rango completo del movimiento del tobillo por longitud insuficiente del músculo-tendón de Aquiles lo que conduce a alteraciones biomecánicas que derivan en patologías entre las que se encuentra la metatarsalgia manifestada por la paciente y que puede causar dolor incapacitante que le impida caminar adecuadamente.

Al no mejorar su sintomatología con tratamiento conservador (estiramientos, plantillas) se propuso intervención quirúrgica -alargamiento del gastrocnemio medial pierna derecha-.

Se concluye que la intervención estaba indicada para la patología de la reclamante.

2. Realizada la intervención en fecha 8 de julio de 2019, la primera consulta postoperatoria, según consta, tuvo lugar el 12 de julio de 2019 en la cual no se describe la patología objeto de la reclamación. Como informa el Servicio "en el postoperatorio se consiguió marcha adecuada con pie plantigrado, marcha de puntillas y talones correcta" y así se refleja en las sucesivas exploraciones "normalidad de punta-talón".

Por tanto, no se describe ni alteraciones motoras ni sensitivas de forma inmediata tras la intervención.

Además, el 11 de octubre de 2019 consta "correcta situación del complejo gastrocnemio".

Con posterioridad, en revisión de 23 de agosto de 2019, refiere cierta insensibilidad en el pie (en cambio lograba 90º en el tobillo y punta-talón correcta) y el 10 de enero de 2020 dolor en pantorrilla.

Por tanto, se observa que en periodos posteriores a la cirugía no se manifiesta alteraciones motoras e incluso consta en exploración física que no se objetiva amiotrofias y

BM MID de 5/5 (valoración por el Servicio de COT el 17 de abril de 2020) además de la referida normalidad punta-talón y mejoría del equinismo.

En fechas posteriores consta, el 22 de octubre de 2020, claudicación después de marcha prolongada, el 20 de enero de 2021, déficit para mantenerse en apoyo monopodal en MID y en consulta privada, el 16 de marzo de 2021, fatiga de los músculos extensores y pérdida de fuerza.

Clínicamente lo que manifiesta la paciente es "insensibilidad en pie derecho y dolor en la pantorrilla". Posteriormente en la valoración por el Servicio de Rehabilitación el 12 de marzo de 2020 aparente hipoestesia parcheada MID por debajo de la rodilla (con ligera recuperación de la misma en territorio externo de la pierna).

Lo expuesto se corresponde con el planteamiento del Servicio de COT el 17 de abril de 2020 sobre estudio de la rama sensitiva del ciático poplíteo interno y con tal fin solicitó estudio EMG y RMN.

De esa forma, el Servicio de COT en el informe elaborado con ocasión de la reclamación que nos ocupa afirma que "dado que la paciente presenta un patrón de marcha y coordinación normal y puntillas-talones normal, no encontramos relación entre la sintomatología que refiere la paciente y la cirugía realizada".

3. En relación a las pruebas diagnósticas solicitadas que pudieran explicar los síntomas manifestados por la paciente: En EMG de 12 de febrero de 2020 se registran datos compatibles con una pérdida severa de unidades motoras en gemelo interno derecho, sin actividad aguda de denervación y con valorares normales en el músculo gemelo externo derecho. No se objetivan signos de neuropatía del nervio tibial posterior derecho en fosa poplítea, salvo leve disminución de su amplitud al registrarse en gemelos y comparar con el contralateral.

Se obtiene valores normales de conducción de los nervios: peroneo derecho, sural derecho, tibial posterior derecho (motor y sensitivo, en todo su recorrido) y tibial posterior izquierdo (motor proximal).

En EMG de 2 de junio de 2020, las exploración de los nervios motores peroneal común y tibial posterior resultó normal: Velocidad de conducción, latencia motora distal, amplitud y morfología dentro de la normalidad.

Se exploran nervio sensitivos peroneal superficial y sural estimulando a nivel del dorso del pie y en tobillo posterior respectivamente, recogiendo respuesta en cara lateral de la pierna y cara lateral del dorso del pie, a su vez se realiza estudio del nervio safeno bilateral con los siguientes hallazgos: Velocidad de conducción, latencias, amplitudes y morfología dentro de la normalidad. Y sólo se objetiva asimetría de amplitud en nervio sural derecho con respecto al izquierdo.

Explorada la función muscular del tibial anterior, pedio, gastrocnemio lateral/medial y extensor corto de los dedos: Ausencia de actividad de denervación en reposo. En gastrocnemio lateral PUMs de amplitud reducida, con polifasia en grado leve y patrón de reclutamiento simple. No se consiguen obtener PUM en gastrocnemio medial.

Concluye el estudio neurofisiológico de miembros inferiores: Potenciales evocados motores y sensitivo dentro de la normalidad con excepción de una asimetría en la respuesta obtenida en nervio sural derecho, de más baja amplitud que en el lado izquierdo.

Pérdida de unidades motoras en gastrocnemio medial derecho y en menor medida en gastrocnemio lateral derecho.

Por su parte, en RMN de 1 de julio de 2020 no se observan alteraciones de la señal ni grosor del ciático poplíteo interno ni lesiones que los compriman o desplacen en su teórico recorrido por la vertiente posterior del hueco poplíteo y tercio medial d ella pierna. Concluyen: Sin hallazgos de significado patológico.

Destacar que en la solicitud del TAC por el Servicio de COT el 5 de febrero de 2021 se hace mención a anestesia de la pierna derecha tras cirugía de alargamiento del gemelo interno que no justifica el problema de la paciente. Es decir que la cirugía no justificaría el problema y de esta forma solicita prueba para descartar patología degenerativa lumbar.

El gastrocenmio está inervado por el nervio tibial originado a partir del nervio ciático en hueco poplíteo y que continúa distalmente y profundo al gastrocnemio.

Este nervio da ramas para los músculos, además de gastrocnemio, poplíteo, sóleo, y plantar delgado, una rama articular, para la rodilla, y una rama cutánea, que se convertirá en el nervio sural. Este nervio sural también se forma con fibras que vienen del nervio fibular común (peroneo), y va a inervar el lado lateral del pie.

El nervio tibial se continúa con el tibial posterior, no afectado en EMG de 12 de febrero de 2020 "no signos de neuropatía del nervio del nervio tibial posterior derecho en fosa poplítea" salvo leve disminución de su amplitud al registrarse en gemelos y comparar con el contralateral. Se describe valores normales de conducción del tibial posterior (motor y sensitivo en todo su recorrido) en EMG de 2 de junio de 2020 (Velocidad de conducción, latencia motora distal, amplitud y morfología).

En la exploración de nervios sensitivos peroneal superficial y sural hallazgos de normalidad salvo asimetría de amplitud del sural derecho con respecto al izquierdo.

Pérdida severa de unidades motoras en gemelo interno derecho: En gastrocnemio lateral PUMs de amplitud reducida, con polifasia en grado leve y patrón de reclutamiento simple. No se consiguen obtener PUM en gastrocnemio medial.

No se objetiva afectación de nervios a nivel del hueco poplíteo. Como alteración disminución de la amplitud en nervio tibial posterior a nivel de gemelo derecho con respecto al izquierdo y de su rama cutánea nervia sural.

De los estudios anteriores si bien se objetiva afectación en rama de nervio sensitivo (nervio sural) aunque no presente en el EMG realizado en el Hospital (...) el 12 de febrero de 2020, no se objetiva neuropatía del nervio tibial posterior derecho (no alteración de la conducción), tampoco presente en el EMG realizado en el Hospital (...) el 12 de febrero de 2020. No podemos descartar que la disminución de amplitud en PUMs de gastrocnemio medial y lateral se relacione con atrofia, pérdida de fibras por desuso o rotura fibrilar, etc. Las lesiones del interior de la fibra muscular que afectan al número o a la función de las miofibrillas tienden a producir disminución de la amplitud del potencial de acción de la fibra y, por ende, del PUM.

4. La intervención se realizó mediante apertura de fascia superficial en gastrocnemio medial a nivel proximal, es decir, próximo a la inserción femoral (cóndilo medial) de dicho músculo.

Aunque cualquier intervención lleva posibilidad de lesión nerviosa o vascular en este caso se trata de una cirugía mínimamente invasiva y con muy bajas tasas de complicaciones.

En el DCI formado obrante en la HA relativa a la atención en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín consta que se le explica a la paciente las complicaciones posibles.

El nervio tibial discurre profundo al gastrocnemio por lo que en el tipo de intervención realizada resulta cuestionable su afectación directa.

En cuanto a la lesión en su rama sensitiva, nervio sural, discurre entre las C. del músculos gastrocnemio y atraviesa su aponeurosis profunda aproximadamente hacia la mitad de la pierna (subfacial entre los vientres musculares). Se anastomosa con el nervio peroneo comunicante y se desplaza a lo largo del borde del tendón de Aquiles. Por encima del tobillo da lugar a ramas en el talón: una recoge la sensibilidad de la cara lateral del talón y la otra se anastomosa a menudo con la rama lateral del nervio peroneo superficial. De esta forma, la red de ramas recoge la sensibilidad de la cara posterior y lateral de la pierna y el tobillo, la cara lateral del pie y el talón y los otros dos o tres dedos laterales.

En el estudio potenciales evocados motores y sensitivo se describió una asimetría en la respuesta obtenida en nervio sural derecho, de más baja amplitud que en el lado izquierdo.

5. Estado actual.

Recibió tratamiento rehabilitador y en centro privado intervención exoneurolisis microquirúrgica del nervio ciático (liberación abierta de tronco tibial y de tronco peroneo).

El 30 de diciembre de 2021 en el Servicio de Rehabilitación: Refiere mejoría clínica.

Sensibilidad recuperada. Le falta fuerza muscular gemelar. En cambio a la exploración se describe marcha adecuada. Realiza marcha en talones y puntillas. BM sólo tibial anterior y gemelos 4/5. Hipoestesia en todo tobillo/pie.

El 15 de mayo y 26 de septiembre de 2022 se anota que está mejor, exploración anodina.

El 14 de abril de 2023 se describe asintomática causando alta en el Servicio de Rehabilitación.

Por tanto, no se describe secuelas.

6. Solicita el reembolso de los gastos generados por asistencia sanitaria en el ámbito privado.

La paciente estando tratada en el sistema público (Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín) mostró su intención de acudir al ámbito privado desde al menos la fecha 4 de febrero de 2020 según consta en su Historia de Salud.

Realizó consulta en centro privado de Traumatología en Madrid el 16 de marzo de 2021 y en la misma fecha se le facilitó presupuesto de la intervención exoneurolisis microquirúrgica nervio ciático que posteriormente fue realizada el 10 de mayo de 2021.

Formuló reclamación solicitando los gastos pero ya con la intención de intervención en centro privado.

No realizó solicitud de segunda opinión en la Dirección de Área de Salud de Gran Canaria.

Estos hechos conducen a la necesidad de exponer la normativa que regula la solicitud de reembolso de los gastos ocasionados por uso de servicios sanitarios fuera del Sistema Nacional de Salud.

La ley 16/2003, de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de la Salud, en su artículo 9 expresa que "las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud únicamente se facilitarán por el personal legalmente habilitado, en centros y servicios, propios o concertados, del Sistema Nacional de Salud, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél".

Por tanto, en la consideración de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria prestada por centros, establecimientos o servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud se establecen dos criterios que se trate de urgencia inmediata y que sea de situación de riesgo vital y que se compruebe que no hubo posibilidad de utilizar oportunamente los servicios disponibles en el Sistema Nacional de Salud y que no constituya una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

Por su parte, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su

actualización, establece en su artículo 4.3, que "La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte o en normas de derecho interno reguladoras de la prestación de asistencia sanitaria en supuestos de prestación de servicios en el extranjero".

El estudio de la documentación obrante en el expediente nos permite concluir que no se trató de un suceso imprevisible, súbito y repentino, circunstancia que excluye, entre otras, las intervenciones programadas como es el caso que nos ocupa.

El titular del derecho a la asistencia sanitaria no está facultado por sí mismo para dirigirse a medios ajenos al Sistema Nacional de Salud y obtener posteriormente el reembolso de sus gastos, sino que le corresponde la carga de utilizar los medios para disponer de la Administración, bien la prestación debida, bien la autorización para la utilización de medios ajenos. Y es solo cuando la urgencia de la situación sea tal que sea imposible obtener la asistencia que precisa por los servicios públicos competentes, quedaría el reclamante facultado para dirigirse directamente a un centro sanitario ajeno al Sistema Nacional de Salud, lo que no se presenta en este caso.

Por otra parte, la reclamante de no estar conforme con la atención sanitaria recibida debió hacer efectivo el derecho a la segunda opinión facultativa, reconocido en la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, artículo 8, no constando dicha solicitud en el Área de Salud de Gran Canaria.

A la luz de lo expuesto debemos informar de forma negativa la pretensión de reembolso de los gastos ocasionados derivados de la asistencia sanitaria recibida fuera del ámbito del Sistema Nacional de Salud.

7. A pesar de lo expuesto y dada la posibilidad de afectación de rama sensitiva se propone la cuantía indemnizatoria por daño moral de 20.000 €».

3. Mediante Resolución 451/2023, de 7 de marzo, se levanta la suspensión del Procedimiento General. Con fecha 7 de septiembre de 2023 se dicta el oportuno acuerdo probatorio obrando en el procedimiento las pruebas documentales propuestas, por lo que con esa misma fecha, ultimada la instrucción del procedimiento, se acordó el preceptivo trámite de audiencia, notificado a la interesada el 12 de septiembre de 2023.

No se formularon alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución estima parcialmente la reclamación formulada por (...) al concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, reconociendo su derecho a percibir una indemnización por importe de VEINTE MIL EUROS (20.000 €) que será actualizada de acuerdo con el Índice de Garantía de Competitividad.

III

1. La reclamante atribuye el daño nervioso de las fibras del gemelo medial y lateral a la intervención de alargamiento de gemelo que le fue realizada por el SCS y reclama como indemnización los gastos de la asistencia sanitaria privada a la que acudió, toda vez que según refiere no le dieron solución en la sanidad pública, e indemnización por daños y perjuicios (ingresos no generados por IT, más gastos de préstamo, más daños y perjuicios psicológicos derivados de mala praxis y dejadez).

La Propuesta de Resolución, a la vista de la documentación obrante en el procedimiento y del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, considera que debe estimarse parcialmente la reclamación formulada ya que, como consecuencia de la intervención realizada se ha podido producir «*una afectación de rama sensitiva*», riesgo no descrito en el documento de consentimiento informado suscrito por la paciente.

Se descarta, con base en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, el «*reembolso de gastos*» de la asistencia sanitaria privada al no encontrar amparo en la normativa vigente.

Al respecto, cabe señalar, tal y como hemos indicado en reiteradas ocasiones (por todos Dictamen 6/2022, de 11 de enero), lo siguiente:

«En relación con las reclamaciones de solicitud de reintegro de gastos, por otra parte, por ejemplo, en nuestro Dictamen 477/2021, de 14 de octubre, decíamos:

«La solicitud de reintegro de gastos a través de una reclamación de responsabilidad patrimonial, ha sido tratada, entre otros, en el Dictamen de este Consejo Consultivo de Canarias n.º 380/2013, de 5 de noviembre, que explica que el reembolso de los gastos puede solicitarse mediante una reclamación de reintegro de gastos, siguiéndose entonces un procedimiento ad hoc, con unos requisitos y condicionantes particulares o bien, a través de una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños (económicos en este caso) consecuencia del funcionamiento anormal o normal de los Servicio Públicos, aclarando lo siguiente: " (...) puede reclamarse el reintegro del gasto, como se indica en este caso, a través del procedimiento de responsabilidad patrimonial, como daño material derivado del

funcionamiento de la Administración en el ámbito sanitario. En estos casos se estimará la pretensión indemnizatoria si la reclamante prueba la concurrencia de los requisitos genéricos de la responsabilidad patrimonial y los específicos de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria. Por su parte, el Dictamen del Consejo Consultivo 161/2012, de 28 de marzo señala: "Ahora bien, si aquel reintegro puede exigirse y analizarse por la vía de la responsabilidad patrimonial, ello sólo podrá fundarse en motivos justificados de denegación de asistencia médica o error de diagnóstico por parte de la Sanidad pública (Sentencia de la Audiencia Nacional de 26 de mayo de 2004), situaciones, en fin, que justifiquen que se acuda por el particular a la sanidad privada, admitiéndose, en estos casos, incluso tras haberse obviado el procedimiento administrativamente previsto para obtener asistencia privada sin coste para el particular"».

En el presente caso, este Consejo coincide con la Propuesta de Resolución en que la asistencia sanitaria en el Servicio Público fue correcta, no habiendo sido denegada en ningún momento, lo cual trae como consecuencia que la reclamante debe asumir los gastos que la realización de la intervención quirúrgica realizada privadamente le haya podido ocasionar, pues fue decisión suya salirse del ámbito público, sin ni siquiera pedir una segunda opinión en este ámbito.

2. La intervención estaba indicada para la metatarsalgia que padecía de la reclamante, describiéndose en la exploración de fecha 22 de febrero de 2019 acortamiento de gastrocnemios. Al no mejorar su sintomatología con tratamiento conservador (estiramientos, plantillas) se propuso intervención quirúrgica -alargamiento del gastrocnemio medial pierna derecha-.

Ésta se produjo sin incidencias. En la primera consulta postoperatoria, que tuvo lugar el 12 de julio de 2019 no se describe la patología objeto de la reclamación. En el postoperatorio se consiguió marcha adecuada con pie plantigrado, marcha de puntillas y talones correcta" y así se refleja en las sucesivas exploraciones: "*normalidad de punta-talón*".

Es con posterioridad, en revisión de 23 de agosto de 2019, cuando la interesada refiere cierta insensibilidad en el pie (en cambio lograba 90º en el tobillo y punta-talón correcta) y el 10 de enero de 2020 dolor en pantorrilla.

Finalmente, se objetiva afectación en rama de nervio sensitivo (nervio sural), no pudiendo descartar que la disminución de amplitud en PUMs (Potenciales de Unidad Motora) de gastrocnemio medial y lateral se relacione con atrofia, pérdida de fibras por desuso o rotura fibrilar, etc. Las lesiones del interior de la fibra muscular que afectan al número o la función de las miofibrillas tienden a producir disminución de la amplitud potencial de acción de la fibra y, por ende, del PUM.

Existe, por tanto, una lesión no descrita en el Documento de Consentimiento Informado. Por ello, aun cuando la técnica empleada para el alargamiento de gastrocnemio medial, mediante apertura de fascia superficial en gastrocnemio medial a nivel proximal, se haya ajustado a la *lex artis*, como así se informa por el Servicio de Inspección y Prestaciones y por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, se ha privado a la reclamante de una información preceptiva y se ha producido un riesgo previsible: «*la afectación de la rama sensitiva*», una posible lesión nerviosa.

En esos casos, la jurisprudencia, por todas Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 2009, entiende que, respecto de las consecuencias jurídicas de las carencias en el consentimiento informado, lo que debe valorarse en cuanto proceder antijurídico es la privación del derecho del paciente a obtener la información esclarecedora, debiendo ponderarse sólo el monto de una indemnización que responda a la privación de aquel derecho y de las posibilidades que, en otro caso, se tenía.

En definitiva, habiéndose objetivado tras la intervención de la interesada una lesión que, pese a discurrir correctamente, no venía contenida en el Documento de Consentimiento Informado, aquella tomó una decisión sin todos los elementos de juicio necesarios, lo que le ha producido una privación de derechos y, por ende, un daño imputable a la Administración, que se entiende adecuadamente resarcido con la indemnización (20.000 euros) que le reconoce la Propuesta de Resolución, por lo que hay que concluir que ésta se ajusta a Derecho. Dicha cantidad deberá ser actualizada conforme establece el art. 34.3 LRJSP a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se estima parcialmente la reclamación sanitaria al concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera ajustada a Derecho.