

Dictamen nº: **464/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **14.11.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 14 de noviembre de 2019, 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 asunto promovido por Dña. sobre indemnización de los daños y perjuicios por las secuelas que padece tras la artroplastia total de cadera izquierda e intervenciones posteriores realizadas en el Hospital Universitario Puerta de Hierro.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 26 de enero de 2017 la persona citada en el encabezamiento presenta en una oficina de Correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria dispensada el 18 de mayo de 2004 en el entonces Hospital Universitario Puerta de Hierro, donde se le realizó una artroplastia total de la cadera izquierda, y por las posteriores cirugías realizadas en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Refiere, que con diagnóstico de coxartrosis izquierda, el 18 de mayo de 2004 se le practicó una artroplastia total de la cadera izquierda en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, y desde

entonces, presentó dolores continuos en la cadera izquierda que fueron tratados por la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, con mejoría parcial.

A continuación expone, que en diciembre de 2014 sufrió, una trombosis venosa profunda a nivel de la vena femoral común y superficial que precisó la colocación de un filtro a nivel de la vena cava, y también sufrió una colección intramuscular a nivel del musculo iliaco izquierdo *“que muestra íntima relación con la colocación de la prótesis”*, se le practicó una punción biopsia y tras los resultados positivos se decidió un recambio de la prótesis de la cadera en dos tiempos.

Manifiesta que, el 17 de febrero de 2015 se realizó la extracción de la prótesis y la colocación de un espaciador de cemento, el 11 de marzo y el 1 de abril de 2015 precisó dos recambios del espaciador y el 21 de julio de 2015 se realizó el recambio de la prótesis, con la retirada del espaciador y colocación de la nueva prótesis, constatándose la presencia de material purulento y la ausencia de la pared anterior y medial del cotilo y el fémur, que requirió su reconstrucción.

Finalmente expresa que la evolución postoperatoria ha sido moderadamente satisfactoria y enumera las secuelas funcionales que presenta: acortamiento miembro inferior de 2,5 cm, limitación de movilidad de rodilla, artritis séptica posquirúrgica crónica, paresia nervio crural, y limitación funcional de la columna por osteoartrosis localizada degenerativa, por lo que se le ha reconocido un grado de discapacidad de 71%.

La reclamación se acompaña de diversa documentación médica, la resolución sobre el grado de discapacidad y un estudio de viabilidad de 17 de mayo de 2016 (folios 9 a 38).

Considera que las secuelas que padece traen causa de la operación realizada en 2004 y de las complicaciones acaecidas a partir del año 2014.

Cuantifica el importe de la indemnización en 170.781,50 euros.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La reclamante, en el año 2004, diagnosticada de coxartrosis izquierda es intervenida en el entonces Hospital Universitario Puerta de Hierro de prótesis total de la cadera izquierda. Desde entonces, acude por dolor en numerosas ocasiones a su médico de Atención Primaria donde refiere dolor en esa cadera de tipo neuropático.

Es valorada en múltiples ocasiones por la Unidad de Dolor con mejoría parcial. En las exploraciones, la paciente presenta dolor de características neuropáticas, dolor con sensación de pinchazos y parestesias, alodinia e hiperalgesia en región anatómica femoro-cutánea y posibilidad de meralgia parestésica. Se pauta tratamiento con Tramadol y Lyrica.

También ha estado en seguimiento en numerosas consultas externas de Traumatología con sospecha de meralgia parestésica y radiculopatía.

Destacan, entre las diversas y numerosas pruebas realizadas:

-EMG en febrero de 2012 que informa de: signos electromiográficos de afectación neurógena crónica, no evolutiva, en territorios musculares dependientes de las raíces L3-L4 izquierdas de intensidad leve, observándose signos de regeneración en el músculo tibial anterior de dicho lado.

- RMN lumbar en noviembre de 2013 que informó de escoliosis de convexidad izquierda. Signos degenerativos multisegmentarios destacando profusiones discales, osteofitosis, hipertrofia de ligamentos amarillos y artrosis en articulaciones interapofisarias. Máxima afectación, L4-L5.

- Estudio gammagráfico sin signos de movilización protésica ni infección tardía. Coxartrosis derecha.

Durante el año 2014 acude en varias ocasiones a Urgencias donde refiere dolor radicular de años de evolución y limitación funcional importante, con imposibilidad para la marcha. También es valorada en consultas de la Unidad de Dolor y Traumatología.

En abril de 2014 el dolor es tratado con parches de transtec de 52 microgramos, la reclamante insiste en que la operen pero, por el momento, en la Unidad del Dolor se descarta actitud quirúrgica de liberación de nervio femorocutáneo y de recambio protésico.

En junio de 2014 se coloca en miembros inferiores electroestimulación transcutánea de nervios (TENS) sin mejoría, que fue retirado el 25 de octubre de 2014.

El 6 de noviembre de 2014 en la Unidad de dolor se realizó bloqueo del femorocutáneo izquierdo a nivel inguinal con correcta estimulación sensitiva.

El 1 de diciembre de 2014 acude a Urgencias remitida por su traumatólogo para descartar trombosis venosa profunda (TCP) de miembros inferiores, por edema y dolor de una semana de evolución. Se realiza exploración física y pruebas complementarias: analítica completa y ecografía doppler venoso urgente de miembros inferiores en el que se objetiva vena femoral común y femoral superficial aumentadas de calibre, con contenido ecogénico en su interior,

resistentes a las maniobras de compresión y sin flujo Doppler aparente, no se consigue explorar de forma adecuada venas ilíacas ni cava inferior por gran interposición de gas intestinal y concluye: *”signos de trombosis venosa profunda a nivel femoral común y superficial de MII, sin lograr explorar ilíacas ni VCI”*. También se realiza radiografía de tórax. Se inicia en anticoagulación con heparina.

El 2 de diciembre de 2014 ingresa en planta de Medicina Interna por cuadro de trombosis venosa profunda en miembros interiores.

El 5 de diciembre se realiza nuevo doppler de vena cava inferior e ilíacas, sin signos sugestivos de trombosis venosa profunda en vena cava inferior y territorio venoso iliofemoral izquierdo, pero se objetivan en región inguinal izquierda algunas adenopatías de aspecto inespecífico por lo que Radiología intervencionista recomienda estudio TC abdominal para descartar patología tumoral.

El 11 de diciembre se realiza TC abdominopélvico con hallazgo de colección intramuscular en el músculo iliaco izquierdo, de morfología fusiforme que muestra íntima relación con la prótesis de cadera a la que rodea (unos 3 cm de espesor). Se comenta el caso con Traumatología que explica la necesidad de biopsiarlo. El mismo día 11 de diciembre se realiza ecografía abdominal sin alteraciones significativas.

El 17 de diciembre de 2014 se realiza punción de la colección sin complicaciones, extrayéndose 7 cc de un material líquido espeso de color marrónáceo, que se remite para estudio microbiológico y anatomopatológico. El cultivo del material es en ese momento negativo, así como la citología del mismo.

Recibe alta el 23 de diciembre de 2014 con tratamiento y recomendaciones, médicas, y de enfermería.

El 9 y 12 de enero de 2015 acudió a Urgencias por dolor en miembro inferior izquierdo. Se objetiva infección por Staph. Epidermidis y ante ésta situación, se decide colocar filtro de cava con vistas a realizar un recambio protésico en dos tiempos con el diagnóstico de infección protésica.

Previa firma del documento de consentimiento informado, se realiza dicha cirugía en febrero de 2015, produciéndose una fractura diafisaria del fémur durante la extracción del vástago femoral que estaba muy anclado que es estabilizado con cerclajes de alambre. La evolución post-operatoria no es favorable, presentando problemas en la herida quirúrgica que desarrolla un hematoma importante que es necesario evacuar en quirófano. La analítica no se normaliza y persiste exudado por la herida, por lo que se procede a realizar nuevos lavados quirúrgicos y recambio de los espaciadores con cemento y antibiótico. La paciente permanece en cama durante tiempo prolongado y a pesar de insistir en la movilización del resto de articulaciones y la conveniencia de levantar al sillón, desarrolla una rigidez en la rodilla izquierda importante.

En julio de 2015, se procede a realizar el segundo tiempo del recambio, implantándose un cotilo no cementado de tantalio y un vástago modular. En las muestras recogidas intra-operatoriamente se cultiva un Staph Hominis. Se realiza eco-Doppler venoso de miembro inferior izquierdo que muestra venas; femoral común, femoral superficial y poplítea de paredes engrosadas y calibre disminuido, detectándose flujo en su interior. Estos hallazgos sugieren cambios crónicos posttrombóticos, si bien no se observan signos de trombosis venosa aguda.

Durante su ingreso, se remite a la paciente al Servicio de Rehabilitación que realiza ejercicios en el gimnasio.

La paciente se encuentra muy limitada desde el punto de vista funcional. Es capaz de caminar con ayuda de un andador y precisa de analgesia en un escalón terapéutico alto con Tramadol, parches, neuromoduladores y opiáceos, con el cual controla aceptablemente el dolor. La rodilla ha mejorado el arco de movilidad aunque persiste limitación (-15 a 70°). No existen signos de infección aunque mantiene tratamiento antibiótico con Doxiciclina siguiendo las indicaciones de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del hospital.

El 15 de septiembre de 2015 la paciente es dada de alta y continuará rehabilitación de forma ambulatoria.

El 23 de noviembre de 2015 es valorada en Rehabilitación. En la exploración física presenta flexión de 25°, extensión completa, intensa debilidad de musculatura cintura pelviana: glúteo izquierdo: 0/5. derecho: 4-/5, Psoas izquierdo: 3-/5, cuádriceps izquierdo 4/5. Camina en paralelas con andador y muletas. Sin ayudas técnicas, del brazo de una persona, realiza transferencias sin ayuda y se levanta sola de la silla. Con esta fecha, recibe alta en Rehabilitación.

Consta en la historia clínica que en la revisión del día 3 de febrero de 2016 la paciente deambula sin muleta del brazo de acompañante, realiza transferencias sin ayuda y se levanta sola de la silla.

TERCERO.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por oficio de 17 de febrero de 2017, de la jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial y Actuaciones Administrativas del SERMAS, se puso en conocimiento de la reclamante el plazo para la

resolución del procedimiento y el sentido de un posible silencio administrativo.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Centro de Salud Las Rozas, pese a no ser objeto de reproche, y del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (folios 40 a 1043).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe del Servicio de Rehabilitación que en informe de 21 de febrero de 2017 relata la asistencia dispensada a la paciente en dicho servicio desde el 3 de julio de 2015 que fue valorada por primera vez por dolor e impotencia funcional en cadera izquierda tras artroplastia e infección secundaria, y en sus conclusiones manifiesta que la actuación del servicio ha sido correcta *“contribuyendo a proporcionar una independencia funcional que permite a la paciente realizar de modo independiente las transferencias y marcha con ayudas técnicas”*.

Por su parte, el Servicio de Anestesia, UCPQ y Dolor informa el 28 de febrero de 2017 que la paciente *“recibió tratamiento por nuestra parte para el dolor perioperatorio en los procesos quirúrgicos efectuados desde el 17/02/2015 hasta el 27/08/2015, con aplicación de nuestros protocolos analgésicos además de su pauta basal, con buena respuesta clínica en cada uno de estos episodios”*.

Consta también, el informe del jefe de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda que con fecha 19 de abril de 2017 tras señalar los antecedentes personales de la paciente expresa que desde el año 2004 que la paciente fue operada de la cadera izquierda refiere dolor de tipo neuropático y ha sido valorada en múltiples ocasiones por la Unidad de Dolor con mejoría parcial y en Traumatología con sospecha de meralgia izquierda y lumbociatalgia homolateral. Da cuenta de la

evolución posterior y del seguimiento realizado en consultas externas “*sin interrupción*” donde se le explicó en reiteradas ocasiones que con los datos diagnósticos de los que se disponía no se detectaban hallazgos que indicaran la necesidad de realizar una cirugía de revisión o de reemplazo protésico por la agresividad de dichas intervenciones, las posibles complicaciones postoperatorias y los dudosos beneficios respecto al alivio de su sintomatología. Respecto a la situación en la que se encuentra a la fecha de emisión del informe indica, que es muy limitada desde el punto de vista funcional pero es capaz de caminar con ayuda de un andador y precisa de analgesia en un escalón terapéutico alto y sin signos de infección, aunque se mantiene tratamiento antibiótico por indicación de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del hospital. Considera que no es previsible que la situación mejore de forma significativa a medio plazo por el origen multifactorial de su cuadro clínico, con patología de la columna lumbar, gonartrosis, rigidez de rodilla postinmovilización y prótesis total de cadera. Finalmente expresa que “*la mala evolución de la paciente es consecuencia de las complicaciones sobrevenidas a una intervención muy agresiva, circunstancia que en todo momento se advirtió a la paciente y a su familia, y no a una mala praxis*”.

Asimismo, la Inspección Sanitaria ha emitido informe, de fecha 24 de mayo de 2019, en el que concluye: “*a la vista de todo lo actuado anteriormente no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis, están descrita en la literatura médica que la infección asociada a prótesis articular es la complicación más severa que requiere de tratamientos largos y complejos, presentando una elevada morbilidad asociada*”.

Instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante que presentó alegaciones el 5 de julio de 2019 incidiendo en síntesis en las sustentadas en su escrito de reclamación.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución de 13 de agosto de 2019 en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial al considerar, conforme a lo indicado por la Inspección Sanitaria en su informe, que el conjunto de la asistencia sanitaria dispensada fue acorde con la *lex artis*.

CUARTO.- En dicho estado del procedimiento, por parte del consejero de Sanidad se ha recabado dictamen, habiendo tenido entrada la correspondiente solicitud en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el 27 de agosto de 2019.

Tras ser registrada con el nº 400/19, ha correspondido la solicitud del presente expediente, por reparto de asuntos a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 14 de noviembre de 2019.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según 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, del Consejo de Gobierno (ROFCJA).

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

La reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), al ser la persona directamente afectada por la asistencia sanitaria objeto de reproche.

En cuanto a la legitimación pasiva, le corresponde a la Comunidad de Madrid, titular del servicio sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

En cuanto al cumplimiento de los tramites, tal y como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen y según exige el artículo 81.1 de la LPAC, se ha recabado informe de los servicios a los que se atribuye la producción del daño. Asimismo, se ha incorporado al expediente administrativo la historia clínica de la paciente, se ha recabado el informe de la Inspección Médica sobre los hechos que motivan la reclamación, instruido el procedimiento, se ha otorgado a la reclamante el trámite de audiencia previsto en los artículos 76.1 y 84 en relación con el 53.1.e) de la LPAC y, conforme al 81.2, se ha incorporado una propuesta de resolución.

TERCERA.- Llegados a este punto, y no obstante lo anterior, procede detenerse en la posible prescripción de la acción.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o acto que

motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Como particularidad, cuando los daños tengan carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o, en su caso, desde la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial se presenta el 26 de enero de 2017 y la interesada está reclamando por las secuelas derivadas de la artroplastia de cadera izquierda realizada en el año 2004 en el entonces Hospital Universitario Puerta de Hierro y por las complicaciones surgidas en el año 2014, tratadas en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Tal y como tiene señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, el Dictamen 122/18 y Dictamen 375/19, de 3 de octubre, el instituto de la prescripción, que se presenta como una exigencia de la seguridad jurídica, se configura en la ley como un plazo de prescripción y no como un plazo puramente procedimental, por lo que el no ejercicio del derecho dentro del mismo produce la extinción de éste.

En este punto ha de traerse a colación la doctrina del Tribunal Supremo sobre el *dies a quo* para ejercitar la acción de responsabilidad en el caso de daños permanentes y diferenciarlos de los daños continuados.

Al respecto, la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de noviembre de 2017 (recurso 2992/2015) señalaba que *“a los efectos de la doctrina de la actio nata, esto es, cuándo se entiende que nace el derecho a accionar, distinguen entre daños permanentes y daños continuados o en evolución. Los primeros se identifican con los irreversibles e incurables, lo que no quita para que haya secuelas previsibles y como tal advertidas, que vayan evolucionando; los segundos son los que no permiten conocer el momento en que se producen los daños definitivos*

de forma que hasta que estos no quedan determinados no nace el derecho a reclamar". Y citaba la sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2015 (recurso de casación 2099/2013) – que se refiere a que un daño calificado como permanente -con secuelas ya conocidas- en el que considera compatible con tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores para obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

Ahora bien, en coherencia con la interpretación restrictiva de la prescripción, el Tribunal Supremo en la Sentencia de 4 de abril de 2019 (recurso 4399/2017) ha precisado que el *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción es el de la fecha de curación, o desde la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad y cualquiera que sea su resultado, en los siguientes términos: *“la respuesta a la cuestión planteada no puede ser otra, en aplicación del art. 142.5 Ley 30/92 y ratificando nuestra jurisprudencia, que declarar que el dies a quo del cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de una acción de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados por una prestación médica de los servicios públicos (o, como en este caso, de una Mutua laboral) es el de la fecha de curación, o como aquí acontece, desde la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad y cualquiera que sea su resultado”*.

En el supuesto que nos ocupa, la reclamante tras la artroplastia total de cadera izquierda realizada en el año 2004 acude en múltiples

ocasiones, por dolor de tipo neuropático a su médico de Atención Primaria, a consultas externas de Traumatología y a la Unidad del Dolor que pautan tratamientos conservadores (farmacológico, TENS y bloqueo del nervio femorocutáneo) y se descarta actitud quirúrgica pero en diciembre de 2014 sufre un episodio de trombosis venosa profunda y al realizar estudio de imagen se constata la presencia de una colección intramuscular en el musculo iliaco izquierdo y con diagnóstico de infección protésica se realizó un recambio protésico en dos tiempos. El primer tiempo de la cirugía se realiza en febrero de 2015 y el segundo tiempo del recambio se realiza en julio de 2015 y recibe alta en septiembre de 2015. Inició tratamiento rehabilitador en julio de 2015 hasta el 23 de noviembre de 2015 que recibió el alta de rehabilitación por estabilización y mejoría, por lo que esta fecha -23 de noviembre de 2015- debería tomarse como “*dies a quo*” del plazo para reclamar, en una interpretación favorable a la interesada.

Por ello, ha de considerarse prescrita la acción para reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En cualquier caso, aunque no hubiera prescrito el derecho a reclamar, tampoco procedería el reconocimiento de la existencia de la responsabilidad patrimonial porque del estudio de la historia clínica e informes obrantes en el expediente resulta, que la infección de cadera es una complicación grave que puede aparecer de forma temprana o tardía tras una cirugía de artroplastia y que requiere de tratamientos largos y complejos con una elevada morbilidad asociada, y en el caso de la interesada, el abordaje de las complicaciones surgidas fue multidisciplinar lo que permitió aliviar el dolor crónico que padecía a pesar de su origen multifactorial y no ha acreditado la infracción de la *lex artis*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al haberse presentado de forma extemporánea y haber prescrito el derecho a reclamar.

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 14 de noviembre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 464/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid