

Dictamen nº: **23/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **18.01.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 18 de enero de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario 12 de Octubre, como consecuencia de una intervención quirúrgica por gonartrosis.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 17 de junio de 2020 en el registro de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En su escrito de reclamación refiere que debido a la operación a la que fue sometida por necesidad el 5 de febrero de 2015, a causa del anestesista que asistió la operación, se ve impedida para llevar una vida normal y con secuelas que difícilmente se van a solucionar.

Se remite en cuanto a las secuelas a la documentación clínica que aporta y señala que el resultado de la negligencia cometida es que, tras 5 años de revisiones con médicos especialistas de las secciones de Traumatología y Neurología, y 5 ciclos de rehabilitación en un año, de donde le dieron el alta en silla de ruedas, su mejoría es nula señalando que así se muestra en los informes médicos que adjunta.

Explica que no tiene equilibrio ni se puede sostener por sí misma. Solo puede caminar con andador y excepcionalmente sale a la calle para lo que siempre necesita un acompañante.

Indica que, tras todo lo ocurrido, ha tratado de seguir con los tratamientos impuestos por los médicos de Traumatología y Neurología para mejorar su situación y, sin embargo, no ha encontrado más que trabas durante los últimos cuatro años. Afirma que no se le ha permitido seguir realizando rehabilitación en diferentes centros debido a los responsables de los departamentos de Rehabilitación, que *“da la casualidad que suele ser la misma doctora en los distintos centros”*. Identifica a dicha doctora con su apellido. Añade que esa rehabilitación venía prescrita por los doctores de Traumatología y de Neurología, a los que también identifica, y a pesar de ello y de tener reconocida una discapacidad superior al 71%, se le ha ignorado. En este aspecto se remite al acuse de recibo de su queja por parte del Servicio de Reclamaciones de la Consejería de Sanidad.

Continúa refiriendo que tal y como explican los informes médicos que adjunta, las secuelas de la operación han degenerado de manera más evidente y afectan en mayor medida a su vida diaria, lo que le impide valerse por sí misma, no habiendo recibido el alta de la sección de Neurología ni de Traumatología en la fecha de presentación del escrito de reclamación.

Añade que la situación en la que se encuentra le ha generado un gran malestar psicológico y ha provocado que tenga que tomar

constantemente ansiolíticos para poder conciliar el sueño por las noches.

Por último, aclara que el motivo por el cual no ha realizado denuncia ni reclamación anterior es porque dos doctores del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre –HUDO-, a los que también identifica por su apellido, le aseguraron que a pesar de esa negligencia y de que tendría un proceso largo de recuperación, finalmente recuperaría al menos el 90 % de su capacidad de movilidad, incluso el 100%, y podría valerse por sí misma.

Solicita una indemnización de 50.000 euros.

Adjunta diversa documentación médica, copia del DNI, tarjeta acreditativa del grado de discapacidad (71), libro de familia, certificado mensual del Ministerio de Hacienda del importe percibido en concepto de pensión de jubilación de su marido, y dictamen facultativo de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de Madrid de reconocimiento del grado de discapacidad y resolución de reconocimiento del mismo.

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

La reclamante, nacida en 1938, acudió a consulta en el Servicio de Traumatología del HUDO por gonartrosis izquierda el 20 de diciembre de 2013. En dicha consulta se le pide preoperatorio para prótesis total de rodilla izquierda, se incluye en lista de espera quirúrgica y se le entrega el consentimiento informado.

El documento de consentimiento informado para “*sustitución articular de rodilla izquierda*”, firmado por médico y paciente en esa misma fecha explica el procedimiento quirúrgico, y se describen complicaciones de índole general y de índole local: infección de

implante o herida, luxación de la prótesis, aflojamiento o desgaste de componentes, lesiones vasculo-nerviosas, entre otras.

En cuanto al consentimiento informado del Servicio de Anestesiología, figura uno para anestesia general y otro para anestesia loco-regional, ambos firmados por médico y paciente, de fecha 21 de enero de 2015.

El 18 de agosto de 2014, acude a consulta para saber cuándo la van a operar, se queja de la rodilla derecha y de la columna lumbar, se piden RX actuales y se le explica la lista de espera que hay.

El 10 de septiembre de 2014, acude por episodio de lumbociatalgia con irradiación a miembro inferior derecho –MID-, se mantiene en lista de espera de rodilla izquierda.

El 11 de diciembre de 2014, acude por dolor en rodilla derecha, aunque está pendiente de intervención quirúrgica de la rodilla izquierda hace 1,5 años.

El 4 de febrero de 2015, la paciente ingresa para intervención quirúrgica de PTR. Entre sus enfermedades previas destaca: HTA, diabetes Mellitus tipo 2, depresión, artrosis columna lumbar y cervical, espondilosis intervertebral lumbar con discopatía degenerativa L5-S1.

Se realiza implantación de artroplastia total de rodilla izquierda Génesis II según técnica asistida por navegación y el postoperatorio inmediato cursa sin incidencias.

El 10 de febrero de 2015, es valorada por Traumatología que anota: *“hipostesia en cara antero interna del muslo, imposibilidad para la extensión de la rodilla por debilidad cuádriceps. Se habla con servicio de anestesiología y curso PIC a neurología para valoración”*.

Ese mismo día es valorada por el Servicio de Anestesia: *“paciente de 76 años de edad intervenida el 05/02/15 de PTR, que presenta limitación para extensión y flexión del cuádriceps, llama la atención que la afectación compromete el territorio del nervio femoral y es unilateral, por lo que es poco probable que sea secundario a técnica anestésica locorregional, otra probabilidad diagnóstica es la irritación transitoria radicular como consecuencia directa irritativa del anestésico local, pero la clínica actual tampoco sugiere que esta sea la causa, ya que lo más común son las disestesias a nivel perineal. Se recomienda valoración por neurología para descartar lesión sobre nervio femoral”*.

El 11 de febrero de 2015, es valorada por Neurología: *“ingreso para PTR izquierda, anestesia epidural durante la intervención y control de dolor postoperatorio con catéter epidural durante los primeros días (actualmente retirado). Tras varios días de encamamiento, cuando se inicia la movilización de la paciente al sillón ésta nota una pérdida de fuerza proximal en MII, por lo que no puede sostenerse en pie, que no presentaba previamente a la cirugía. Así mismo describe disminución de la sensibilidad en toda la pierna, pero en mayor medida en la cara anterior del muso ipsilateral. Niega otra focalidad neurológica. No dolor lumbar ni irradiado (si presenta dolor local en rodilla derecha en relación con la cirugía). Tras exploración neurológica, se objetiva debilidad proximal en MII asociada a hipoestesia de predominio en cara anterior e interna de MII, tras anestesia epidural y colocación de prótesis de rodilla izquierda, a tener en cuenta:*

- Radiculopatía L2 izquierda. A tener en cuenta anestesia epidural vs espondiloartrosis.

- Plexopatía lumbar alta. Podría estar relacionada con procedimiento quirúrgico (estiramiento de plexo ¿?).

- Datos de polineuropatía sensitiva en probable relación con DM”.

Se completa estudio con RMN lumbar y EMG.

El 13 de febrero de 2015, sigue con debilidad cuadricepsital, además sensación parestésica en muslo. Figura anotado que *“se ha realizado EMG, pero no RMN por claustrofobia, se suspende RMN y se hará un escáner la próxima semana”*. Es reevaluada por Neurología: *“exploración sin cambios. Ayer se realizó EMG que concuerda con la sospecha clínica. Muestra datos de polineuropatía axonal sensitivo-motora en probable relación con DM. Así se observa afectación incompleta de raíces L2 a L4 izquierdas, sin datos de denervación (probablemente porque el EMG se ha realizado menos de 2 semanas tras el daño nervioso). Esta mañana se ha intentado realizar una RM lumbar que no se ha podido realizar por claustrofobia, la paciente no quiere hacerse la prueba. Plan: TC pélvico para completar estudio”*.

El 14 de febrero de 2015 es valorada por Traumatología: *“buen control del dolor, en relación con días previos da la sensación de que presenta contracción activa del cuádriceps. Desde el punto de vista etiológico, es absolutamente imposible que se produzca por el acto quirúrgico de cirugía de prótesis de rodilla una plexopatía lumbar”*.

El 20 de febrero de 2015, es vista por Neurología: *“acudimos a reevaluar, focalidad neurológica sin cambios, aunque refiere que ha presentado en los últimos días cierta mejoría en la hipoestesia de la cara anterior y medial del muslo izquierdo. TAC pélvico: Estenosis de canal en el nivel L4-L5 y L5-S1. Protrusión discal L3-L4 y en L2-L3. Juicio clínico: Radiculopatía L2-L4 izquierda en presumible relación con catéter epidural, en paciente con estenosis del canal lumbar de etiología degenerativa. Polineuropatía diabética. Plan: realización de rehabilitación. Al alta citar en consulta de Neurología para seguimiento clínico y electromiográfico. Paciente informada”*.

El 24 de febrero de 2015, se realiza interconsulta con Rehabilitación: *“nos interconsultan desde traumatología por paciente*

conocido por nuestro servicio y puesta en tratamiento de FST en planta para recuperación motora de artroplastia rodilla izquierda por gonartrosis el 05/02/15 que como complicación postquirúrgica presenta radiculopatía L2-L4 izda en probable relación con catéter epidural, por si fuera susceptible de ingresar en nuestra planta para continuar con tratamiento intensivo de rehabilitación. Tras exploración detallada, consideran que se beneficiaría de recibir tratamiento intensivo de rehabilitación en ámbito hospitalario para una mayor recuperación funcional. Le comentamos a la paciente ya sus médicos de planta que será trasladada hoy o mañana. Hago ficha de tratamiento de mañana y tarde en sala de FST. Añado EEP cuádriceps y glúteos”.

La paciente pasa a planta de Rehabilitación y sigue con revisiones por parte de Traumatología y Neurología.

El 18 de marzo de 2015, se emite informe de Rehabilitación: “se realiza EMG que objetiva datos de lesión L2-L4 con carácter de axonotmesis incompleta severa y más leve L5 izquierda. La paciente ha evolucionado favorablemente consiguiendo marcha por paralelas y andador, aunque persiste paresia proximal de MII, por lo que será dada de alta hospitalaria con continuación de tratamiento ambulatorio. Alta por la tarde después de la sesión de RHB, alta con ambulancia”.

El 8 de abril de 2015, consulta con Traumatología: está en rehabilitación por su alteración neurológica, esta caminado en paralelas bastante bien, hace extensión completa de rodilla con fuerza 2-3/5 y 1-2/5 de flexión de cadera izquierda. Rodilla bien sin alteraciones. Edema MII y dolor en pie derecho en dedos centrales con mínima deformidad en garra. Plan: ver en 2 meses con Rx de ambas rodillas y pie derecho.

El 8 de junio de 2015, en consulta: camina algo mejor, en casa con andador, en consulta también.

El 26 de mayo de 2016 se le dio alta en Rehabilitación por alcanzar techo terapéutico. En el informe se le explica que está en fase de secuelas y que debe caminar con el andador para mayor seguridad.

Posteriormente ha pasado varias revisiones en el Servicio de Rehabilitación durante los años 2017,2018 y 2019. En los diferentes informes queda reflejado que se le explica que lo que padece son secuelas.

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).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe de los distintos servicios implicados en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante.

El informe del Servicio de Anestesia y Reanimación del HUDO destaca como antecedentes personales de la paciente los siguientes: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, psoriasis, síndrome ansioso-depresivo, artrosis generalizada, espondilólisis L5-S1, estenosis de canal, colonoscopia para exeresis de adenomas, CPRE.

En relación a la intervención quirúrgica practicada el 5 de febrero de 2015, explica que se decide, por no existir contraindicación alguna, que la anestesia combinada intradural-epidural con colocación de catéter epidural para analgesia postoperatoria es la mejor opción para la paciente, teniendo en cuenta lo dolorosa que resulta esta intervención en el postoperatorio y, dada la vasodilatación del área analgesiada, la disminución consiguiente de la incidencia de eventos

tromboembólicos en los pacientes sometidos a este tipo de anestesia (paciente diabética, y por tanto mayor incidencia asociada de este tipo de fenómenos).

Indica que se inyectan 12 miligramos de bupivacaina isobara (0.5%) intradurales y a continuación se coloca el catéter epidural, todo bajo técnica aséptica y según protocolos habituales. Tras 1 hora y media de intervención es aceptada en Reanimación inmediatamente, sin que fuera objeto de mención ningún evento intraoperatorio inesperado, incluyendo las técnicas anestésicas indicadas previamente.

Indica que durante su estancia en Reanimación, y tras comprobar que la paciente recupera progresivamente la movilidad de los miembros inferiores, se procede a dosis test epidural para comprobación clínica de su correcto emplazamiento, y a continuación se comienza con perfusión epidural continua de levobupivacaína 0.25% a 6 ml/h, según protocolos de ese centro, y que la paciente se encuentra bien y estable hasta su alta de Reanimación.

Destaca que a las 17:44 h es dada de alta en Reanimación permaneciendo durante todo el tiempo en esta Unidad estable, normotensa y en ritmo sinusal. No precisa transfusión de hemoderivados y mantiene diuresis y saturaciones de oxígeno basales en 96%. Dolor controlado con catéter epidural. Llega a planta con redon con débito de 50 cc de contenido hemático.

A continuación, describe con detalle la evolución de la reclamante desde esa fecha hasta el día 24 de febrero de 2015, en términos coincidentes con la historia clínica, y extrae las siguientes conclusiones:

“-Se decide anestesia combinada intradural con colocación de catéter epidural, dado que considero que para esta paciente era la mejor opción analgésica.

- La estenosis de canal y los problemas degenerativos de columna no contraindican la realización de una técnica epidural.

- Cuento con amplia experiencia en la colocación de catéteres epidurales en personas de edad avanzada, con problemas previos de columna lumbar y en los últimos 20 años no he tenido ninguna complicación al respecto. En este caso el catéter se colocó sin incidencias ni dificultad alguna.

- Durante las eventualidades postoperatorias referidas, en ningún momento se me comunica absolutamente nada del asunto, siendo yo completamente ajeno a lo ocurrido hasta este mismo momento en que recibo requerimiento para redactar este informe (5 años después).

- La colocación de un catéter epidural no está exenta de complicaciones, como cualquier técnica anestésica invasiva rutinaria. A la paciente se le explica en la consulta de preanestesia tanto en que consiste la técnica como sus posibles complicaciones, y la paciente asume los riesgos y firma el consentimiento informado. Dada la baja incidencia de complicaciones de esta técnica, se asumen dichos riesgos (balanza riesgo-beneficio en un elevadísimo número de casos.

- El déficit neurológico que ha padecido y por lo visto continúa padeciendo a día de hoy no es definitivo ni claro que se deba a la colocación del catéter epidural. De hecho la paciente estuvo bien analgesiada durante el postoperatorio inmediato por vía epidural hasta que perdió el catéter (parece ser que espontáneamente). Así mismo la paciente presentaba cambios artrósicos degenerativos

muy severos en su área lumbar con protrusiones discales foraminales que pudieron ser la causa de su déficit y, a su vez, ser debidas a los esfuerzos de movilización de la paciente (cama-sillón, bipedestación-sedestación) en los días posteriores a la intervención.

Recordemos que el déficit neurológico surge 72 h tras la pérdida del catéter sin que hasta ese momento tuviera queja alguna desde el punto de vista neurológico.

- La paciente conoció desde el primer momento y estuvo informada al respecto de sus complicaciones y de los planes diagnósticos y terapéuticos llevados a cabo en los momentos agudos de su complicación postoperatoria.

- En la Reanimación se tomaron todas las medidas adecuadas para mantener la volemia y en todo momento se mantuvieron estables las constantes monitorizadas. Cuando fue dada de alta de la reanimación, la paciente se mantenía estable y sin sangrado mencionable (de hecho no precisó transfusión de hemoderivados) y con un correcto control del dolor gracias al catéter epidural que mantenía con una perfusión continua de levobupivacaína al 0.25% a 6 ml/h. El catéter epidural se mantiene in situ sin ningún problema ni incidencia durante 48 horas, momento en el cual la paciente lo pierde, aparentemente de forma espontánea. Días después de la pérdida del catéter, y coincidiendo con una mayor movilidad de la paciente (cama-sillón y movimientos de flexoextensión de ambos miembros), es cuando la paciente manifiesta la sintomatología de déficit neurológico motivo de este escrito. Mientras mantuvo el catéter epidural en funcionamiento en ningún caso se necesitó aumentar la dosis de anestésico local en perfusión, las cuales además se adecuaban a las dosis recomendadas.

- Ante un cuadro como el descrito, la actitud terapéutica inmediata debe encaminarse a diagnosticar cual es la causa, para de este modo establecer un tratamiento precoz. La existencia de una impotencia funcional prolongada tras la colocación de un catéter epidural debe alertar sobre la aparición de un hematoma vs absceso epidural como primeras posibilidades y para su diagnóstico debe utilizarse una RMN, y así se hizo, negándose la paciente a dicha prueba por manifestar padecimiento de claustrofobia pero descartándose posteriormente estas posibilidades mediante un TAC.

Asimismo, previo al TAC, se le hizo electromiograma y exploraciones clínicas sucesivas por parte de Neurología, que permitieron descartar otros mecanismos fisiopatológicos capaces de producir el cuadro que presentaba y susceptibles de un tratamiento adecuado que pudiera mejorar la clínica”.

Considera que, del análisis de las actuaciones médicas llevadas a cabo durante todo el proceso, y recogidas en la historia clínica de la paciente, no se desprende ninguna actuación que incumpla los protocolos habituales, ni situación que, resuelta de otra forma, hubiera podido evitar la situación actual de la paciente.

Reitera que la paciente fue anestesiada e intervenida de forma correcta según los estándares de los protocolos de nuestro centro, que se siguen usando y aplicando a la práctica médica habitual, sin que se tenga constancia de otros casos similares al que nos ocupa, demostrándose, por tanto, la correcta sistemática intraoperatoria y de control postoperatorio, y la correcta formación del personal que debe aplicar la misma.

Entiende que dentro de la inevitable limitación de la ciencia médica para detectar y conocer con precisión y sanar todos los procesos patológicos que pueden afectar al ser humano, el examen de

la historia clínica no acredita el funcionamiento anómalo de la Administración sanitaria.

Por todo lo cual, considera que en ningún momento se vulnera la *lex artis* que suscita la consulta planteada, sin que, bajo su punto de vista, concurren evidencias o indicios de mala praxis.

El informe del jefe de Servicio de Neurología indica que la paciente fue evaluada por ese servicio en varias ocasiones, destacando:

- Un EMG el 20 de noviembre de 2015 tras 9 meses de la cirugía, identificando una lesión radicular grave L3-L4 relacionado temporalmente con la cirugía de artroplastia total de rodilla realizada en febrero 2015.

- Un segundo EMG el 1 de octubre de 2019, identificándose signos neurógenos crónicos L3-L4 y datos activos L5-S1 bilaterales.

- Finalmente, el 27/11/2019 una evaluación en consultas externas con diagnóstico de secuelas motoras lesión radicular múltiple tras cirugía, actualmente debilidad en la extensión de la cadera y pie, con alteración sensitiva multimodal que puede justificar la inestabilidad.

Afirma que la actuación del Servicio de Neurología se ajusta en todo momento *lex artis ad hoc*.

En relación a la pregunta realizada por el instructor del procedimiento sobre “*si se considera que antes de mayo de 2019 las secuelas derivadas de la supuesta negligencia estaban ya determinadas y consolidadas y si la parte reclamante las conocía como tales para valorar la posible prescripción de la reclamación*”, responde que el proceso de regeneración nerviosa es complejo y variable, no

obstante se estima que tras 24-36 meses de una lesión en el sistema nervioso periférico las posibilidades de recuperación funcional son muy remotas. Indica que esto se debe a que el musculo inervado por dichas fibras nerviosas sufre un proceso de fibrosis que impide la recuperación funcional satisfactoria. En todo caso, indica que ignora si la reclamante conocía este hecho en la fecha expuesta previamente.

El informe del Servicio de Rehabilitación resume el proceso asistencial de la reclamante y señala que durante su ingreso hospitalario inició tratamiento de rehabilitación que continuó posteriormente de forma ambulatoria.

Indica que el 26 de mayo de 2016 se le dio alta por alcanzar techo terapéutico, en informe se le explica que está en fase de secuelas y que debe caminar con el andador para mayor seguridad.

Precisa que posteriormente ha pasado varias revisiones en el Servicio de Rehabilitación durante los años 2017, 2018 y 2019 y que en los diferentes informes queda reflejado que se le explica que lo que padece son secuelas.

El informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, tras resumir el proceso seguido por la paciente desde la fecha de la intervención, contestando a la pregunta de si se considera que antes de mayo de 2019, las secuelas derivadas de la supuesta negligencia estaban ya determinadas, manifiesta que *“la respuesta es, claramente sí. La respuesta a si la parte reclamante las conocía como tales, entiendo que sí puesto que así se infiere de los informes previos. De hecho, en otro fechado el 23-1-2019 por el Servicio de Neurología, se concluye con un diagnóstico prácticamente idéntico al de noviembre del mismo año”*.

El informe de la Inspección concluye, a la vista de las actuaciones practicadas, que aunque no hay evidencia de que la actuación por

parte del Servicio de Anestesiología y Reanimación del HUDO haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artix*, sí queda documentado que la paciente antes de la intervención, aunque la reclamante tuviera limitaciones debidas a su espondiloartrosis y gonartrosis, estas si le permitían desarrollar una vida normal con marcha independiente y en la actualidad precisa de la ayuda de un andador para deambular.

Consta en el expediente la admisión a trámite por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de la demanda interpuesta por la reclamante contra la desestimación presunta de su reclamación, así como la remisión del expediente administrativo al citado tribunal, por parte del SERMAS.

En el seno del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se concede trámite de audiencia a la reclamante, sin que conste la formulación de alegaciones.

Finalmente, con fecha 1 de diciembre de 2021, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública emite propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- El 3 de diciembre de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 18 de enero de 2022.

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.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en un centro público hospitalario de su red asistencial

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, la interesada reprocha la asistencia sanitaria dispensada en el HUDO con motivo de la intervención

quirúrgica por gonartrosis que tuvo lugar el día 5 de febrero de 2015, mientras que la reclamación fue presentada con fecha 17 de junio de 2020.

Interesa en este aspecto destacar las siguientes anotaciones del Servicio de Rehabilitación del HUDO en la historia clínica de la reclamante:

El día 26 de mayo de 2016 figura anotado que la paciente ha finalizado la quinta pauta de fisioterapia descrita. Previamente estuvo ingresada en la planta de Rehabilitación el 4 de febrero de 2015 hasta el 18 de febrero de 2015. La paciente realiza marcha con andador. Sale a la calle con el andador. Se explica que está en fase de secuelas y que debe caminar con el andador para mayor seguridad.

El día 17 de febrero de 2017 consta que *“de nuevo se explica la situación a la paciente y expectativas del tratamiento de Rehabilitación, dado que presenta revisión en estado de secuelas. Aun así se oferta la posibilidad de realizar un ciclo de 10 sesiones a días alternos, encaminados a reacondicionamiento físico y reeducación de la marcha, con el objetivo de que aprenda los ejercicios para continuar realizándolos de forma ambulatoria. Alta sin revisión”*.

El día 14 de noviembre de 2017 se anota por el facultativo: *“le explico de nuevo a la paciente que bajo mi criterio, su situación actual está en fase de secuelas, aunque no entiende las explicaciones que le doy”*.

El 28 de mayo de 2018, anota que *“a esta paciente le había dado yo el alta el 26 de mayo de 2016 tras varias pautas de fisioterapia por techo terapéutico y estar en fase de secuelas. Le doy de nuevo el alta por techo terapéutico y estar en fase de secuelas”*.

El 9 de julio de 2018, indica que intenta explicar de nuevo su patología, que dada la evolución y el tiempo transcurrido se encuentra en fase de secuelas por lo que no es subsidiaria de tratamiento rehabilitador.

Dichas anotaciones permiten afirmar sin lugar a dudas que desde el día 26 de mayo de 2016, las secuelas aducidas por la reclamante ya se había producido y su alcance estaba determinado.

Este aspecto se destaca expresamente en los informes emitidos por el Servicio de Rehabilitación y el de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología que, preguntados expresamente sobre este aspecto, responden sin lugar a dudas que las secuelas estaban determinadas antes de mayo de 2019, y que del contenido de la historia clínica se infiere que la reclamante lo sabía. En el mismo sentido, el Servicio de Neurología, en relación a la misma pregunta realizada por el instructor del procedimiento sobre *“si se considera que antes de mayo de 2019 las secuelas derivadas de la supuesta negligencia estaban ya determinadas y consolidadas y si la parte reclamante las conocía como tales para valorar la posible prescripción de la reclamación”*, responde que el proceso de regeneración nerviosa es complejo y variable, no obstante se estima que tras 24-36 meses de una lesión en el sistema nervioso periférico las posibilidades de recuperación funcional son muy remotas. Indica que esto se debe a que el musculo inervado por dichas fibras nerviosas sufre un proceso de fibrosis que impide la recuperación funcional satisfactoria.

Aunque el informe precisa que se ignora si la reclamante conocía este hecho en la fecha expuesta previamente, dicha circunstancia queda perfectamente aclarada y confirmada por las anotaciones de la historia clínica a las que hemos hecho referencia.

A su vez, refuerza la conclusión alcanzada la resolución de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la

Comunidad de Madrid de 18 de mayo de 2018, que reconoce a la reclamante un grado total de discapacidad del 71% con baremo de movilidad positivo, si existe dificultad, siendo la resolución de carácter definitivo “*por no preverse mejoría razonable*”.

Así las cosas, tomando en consideración la naturaleza de los supuestos daños derivados de la intervención quirúrgica practicada, y siguiendo en este punto la doctrina emanada de la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de marzo de 2005, según la cual “... *a diferencia de lo que acontece con los daños permanentes, entendiendo como tales daños aquellos que se agotan en el momento en que se produce el acto generador de los mismos, permaneciendo inalterable y estable en el tiempo el resultado lesivo, en los que el plazo empieza a computarse en el momento en que se produce la actuación o el hecho dañoso, en los daños continuados, es decir aquellos en que el daño se agrava día a día de manera prolongada en el tiempo sin solución de continuidad, el plazo de prescripción de la acción de responsabilidad no empieza a computarse, hasta que se agoten los efectos lesivos..*”, cabría entender que estamos ante un daño permanente y, en consecuencia, la reclamación habría sido claramente formulada fuera del plazo legalmente establecido.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al 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 18 de enero de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 23/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid