

Dictamen n.º: **30/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.01.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 16 de enero de 2025, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., asistida por letrado, reclamando ciertos daños y perjuicios al considerar que, sufrió una demora en el diagnóstico y tratamiento de una lesión del nervio ciático que, le habría sido provocada por las deficiencias de un implante de prótesis de cadera, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 5 de abril de 2023, en el registro telemático del SERMAS, la persona arriba indicada asistida por un letrado, formuló una reclamación de responsabilidad patrimonial por ciertos daños y perjuicios, que atribuye al retraso en el diagnóstico y tratamiento de una lesión del nervio ciático producida a resultas de efectuarle un implante de prótesis de cadera, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Explica que, la reclamante tenía antecedente de displasia y luxación congénita de cadera izquierda, que fue tratada a los 15 meses de vida, mediante varias cirugías (tenotomía de aductores, reducción y yesos progresivos).

Relata en su reclamación que, a los 30 años de edad, en agosto de 2007, comenzó con clínica de dolor en cadera, por lo que comenzó seguimiento y control en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, indicándole que sufría displasia de cadera izquierda y trocanteritis, recibiendo analgesia y rehabilitación, así como un alza de 1 cm, a consecuencia de su disimetría de cadera.

A partir de 2015, el dolor de cadera se fue agudizando, hasta sufrirlo también en reposo y ser refractario al tratamiento analgésico, por lo que en diciembre de 2015 se le indicó cirugía de implantación de prótesis de cadera.

La intervención se le practicó el día 3 de agosto de 2016 y, en el mismo acto quirúrgico, se la sometió a alargamiento de 5.30 mm del miembro inferior izquierdo, denotando que, en la historia clínica puesta a su disposición por el centro, no constan los documentos de consentimiento informado firmados para ninguna de las intervenciones quirúrgicas.

Manifiesta que, desde el mismo momento en que la paciente despertó de la anestesia, comenzó con dolor muy intenso y limitación funcional en el dorso de la pierna izquierda, desde la zona lumbar hasta los dedos del pie, con limitación para la flexión dorsal del pie izquierdo y de los dedos, siendo esa sintomatología típica de lesión en el nervio ciático, como también se indicó en la exploración del día siguiente de la cirugía, que refirió que esa clínica estaba *“en probable relación con neuroapraxia del nervio ciático poplíteo externo a nivel proximal”*.

Afirma la reclamante que, pese a todo, tardaron 6 años en efectuarle las pruebas diagnósticas oportunas que, finalmente evidenciaron la posible relación de esa afectación del nervio ciático por la compresión de un acetábulo de la intervención, en la raíz nerviosa y que, por esa tardanza ya todos los tratamientos resultaron infructuosos.

De esa forma, la reclamante considera que, la asistencia que le fue dispensada en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón fue contraria a la *lex artis* y, en particular reprocha:

- Que se le ha causado una lesión iatrogénica del nervio ciático, señalando que el tornillo acetabular colocado durante la cirugía de prótesis de cadera, le ha motivado una profusión sobre el nervio ciático, bien por ser más largo de lo debido o por tener una inclinación incorrecta, o ambas cosas.

- Mantiene que ha sufrido un retraso de 6 años en el diagnóstico de la lesión del nervio ciático, por no practicarle antes una RNM pélvica, a pesar de dar clínica en el postoperatorio inmediato y que, el retraso diagnóstico ha ocasionado la irreversibilidad de la lesión.

- Añade que no se le proporcionó el documento de consentimiento informado para las cirugías de prótesis total de cadera y de alargamiento del miembro inferior izquierdo, a las que se sometió el día 3 de agosto de 2016.

Por todo ello, para el resarcimiento de los daños y perjuicios ocasionados, solicita una indemnización de 370.162,89 €, que desglosa conforme a las previsiones de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, sobre reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación; más los intereses correspondientes.

Se adjuntan a la reclamación copia de diversa documentación médica; las sucesivas resoluciones de reconocimiento de discapacidad y los dictámenes técnico facultativo en que se apoyan y la sentencia firme que declaró la incapacidad permanente absoluta de la reclamante aludida en su reclamación -folios 1 al 140-.

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

Según consta documentado, la paciente tenía antecedentes de displasia y luxación congénita de cadera derecha, que fue tratada a los 15 meses de vida, mediante varias cirugías de cadera izquierda hasta los 3-4 años, en Hospital Clínico San Carlos, permaneciendo asintomática hasta 2003, en que presentó un episodio de dolor de intensidad moderada.

En agosto de 2007, cuando contaba con 30 años de edad, comenzó a sufrir un nuevo episodio de dolor en la cadera izquierda, intenso y persistente, que se acentuaba con la deambulación prolongada o al hacer ejercicio, por lo que solicitó asistencia en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Fue valorada en consultas externas, por primera vez el día 7 de agosto de 2007, denotando la exploración buena movilidad activa y pasiva de la cadera izquierda, sin atrofia muscular, además de una disimetría de 1 cm, corregida con alza.

Se solicitó una radiografía de control, en la que se observó irregularidad de la cabeza femoral, con pinzamiento y esclerosis subcondral. El juicio clínico fue de displasia de cadera izquierda y trocanteritis, recomendando a la paciente no realizar esfuerzos, ni coger pesos, ni deambular de forma prolongada.

Entre el 2007 y el 2015, constan diversas consultas de seguimiento y periódicas revisiones en Traumatología, así como la derivación de la paciente a la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, para pautarle analgesia e infiltraciones de trocánter mayor. También recibió asistencia a cargo del Servicio de Rehabilitación, para programar ejercicios adecuados y se le aplicó electro-estimulación adicional para atender el cuadro doloroso.

A partir de los años 2014 y 2015, el dolor de la cadera izquierda se fue agudizando, siendo refractario a la analgesia de tercer escalón con derivados mórficos, incluso en reposo y precisando la paciente del uso de muleta por lo que, en la revisión de 28 de diciembre del 2015, el Servicio de Traumatología le indico la cirugía, con implante de prótesis de la cadera izquierda.

Según consta, se le explico el procedimiento y la paciente firmó el documento de consentimiento informado para la indicada cirugía- folios 270 al 275-, figurando en la descripción del procedimiento la posibilidad de alargamiento o acortamiento de la pierna intervenida, al indicar: “*...para implantar la prótesis es necesario extirpar parte del hueso de la articulación y su adaptación puede tener como consecuencia el alargamiento o acortamiento de la pierna intervenida...*” y entre los riesgos frecuentes la previsión de lesiones nerviosas “*...lesiones de los nervios de la extremidad, ciático o crural fundamentalmente, que puede originar una disminución de sensibilidad o una parálisis, esta lesión puede ser temporal o definitiva; limitación de la movilidad de la articulación, cojera persistente y diferencia de longitud de los miembros inferiores*”.

Con fecha 3 de agosto de 2016, se llevó a cabo la cirugía. Según se indicó en el protocolo quirúrgico, se implantó a la paciente una prótesis total de cadera izquierda, no cementada, cotilo trilogy IT 46 mm, fijada

con un tornillo de 30 mm, vástago spotorno n° 6, injerto de cerámica para cabeza de 28 mm con cuello M.

En el mismo acto quirúrgico se le efectuó un alargamiento de 5,30 mm del miembro inferior izquierdo.

Al despertar de la anestesia, la paciente manifestó que tenía un dolor muy intenso, del dorso de la pierna izquierda (desde la zona lumbar a los dedos del pie), con limitación para la flexión dorsal del pie y los dedos (“pie caído”), con balance muscular 0/5.

Al resultar explorada por el traumatólogo, al día siguiente de la cirugía, se hizo constar en la historia clínica, que continuaba con limitación de la flexión dorsal del pie izquierdo y dedos (45°), extensión (0°), abducción (20°), aducción (20°). De esa forma, se anotó: *“déficit de la extensión activa de pie y tobillo izquierdo, con parestesias en cara externa de la pierna e hipoestesia en primer espacio interdigital izquierdo. Probable neuroapraxia del nervio peroneo común o ciático poplíteo externo”*. Se inició tratamiento con corticoides y pregabalina.

En el postoperatorio, la paciente fue valorada por el Servicio de Rehabilitación, constatando igualmente la limitación de la movilidad activa de pie y tobillo izquierdos.

Con fecha 6 de agosto de 2016, la paciente fue dada de alta hospitalaria, refiriendo la paciente mejoría subjetiva, aunque persistiendo la limitación funcional en el miembro inferior izquierdo y pie equino; previendo continuar con fisioterapia encaminada a lograr la bipedestación y la marcha y el seguimiento en consultas externas.

Con fecha 10 de agosto de 2016, la paciente acudió a consulta de Rehabilitación y la exploración física evidenció incapacidad de flexión dorsal de tobillo, pie y dedos izquierdos (0/5), con hipoestesia en cara lateral del tercio distal de pierna y primer dedo izquierdos. Se le indicó

una órtesis tipo “*rancho de los amigos*”, que se le probó el 16 de agosto del 2016. Se le colocó la prótesis y la llevó hasta mayo del 2018.

Con fecha 30 de enero de 2017, la paciente continuaba con parestesias en la cara externa de la pierna, hipoestesia en el primer espacio interdigital y déficit de extensión activa de pie y tobillo izquierdo, por lo que el Servicio de Traumatología solicitó un electromiograma - EMG-, para valorar la situación del nervio peroneo y del ciático.

Con fecha 24 de abril de 2017, se le realizó el EMG, informándose: *“Signos de lesión neurógena denervatoria en territorios correspondientes a miotoma L5 izquierdo, de grado moderado-importante. La conducción motora del nervio peroneo se encuentra dentro de los límites normales”*.

Con los datos del EMG, se consideró que el origen de la clínica que presentaba la paciente estaba en las raíces nerviosas de la columna lumbar.

Con fecha 7 de mayo de 2017, la paciente fue revisada en consulta de Traumatología, constatando *“marcha normal, movilidad de cadera izquierda completa, mejoría de la movilidad activa de pie/tobillo, pero disminución de fuerza respecto al contralateral para la flexión y extensión, constatando dolor severo en región lumbar y recorrido del nervio ciático izquierdo (lumbociatalgia izquierda), con importante limitación funcional”*. Fue remitida a Rehabilitación y a la Unidad del Dolor.

La paciente fue tratada en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Fundación Alcorcón hasta el mes de enero del 2020, recibiendo tratamiento con radiofrecuencia de raíces lumbares, sin mejoría clínica y pautándole tratamiento farmacológico (doloxetina, gabapentina, Sevredol...), ante la falta de respuesta a la radiofrecuencia. Además, estaba en lista de espera para implantarle un neuroestimulador.

Ante la persistencia de la clínica de parestesias en pie izquierdo y limitación de la flexo-extensión del pie y tobillo izquierdo, Traumatología indico diversas pruebas diagnósticas, para tratar de conocer la procedencia de la lesión, centrando el estudio etiológico en descartar la afectación del nervio ciático durante la intervención quirúrgica. Así, se le efectuaron:

Una RNM de columna lumbar, realizada el 15 de junio de 2017, que concluyó: *“anomalía transicional de la charnela lumbosacra, con hemisacralización izquierda de L5. Resto normal”*.

Sendas RNM de caderas, el 30 de abril de 2018, que se le realizó añadiendo secuencias para disminuir el artefacto metálico de la prótesis de cadera izquierda y el recorrido del nervio ciático, concluyendo: *“prótesis de cadera izquierda sin signos de complicación, sin alteraciones en las estructuras musculares ni en las inserciones tendinosas visualizadas, sin asimetrías ni alteraciones significativas en el recorrido de ambos nervios ciáticos. En resumen: sin alteraciones significativas”*.

Un TAC de cadera izquierda, de 18 de julio de 2018, que determinó: *“la valoración del recorrido pélvico del nervio ciático izquierdo está limitada por la presencia de artefactos de la prótesis sobre todo a su paso por el foramen ciático, aunque NO HAY signos que sugieran compresión del ciático, en su porción visible”*.

Un EMG de 20 de julio de 2018, que reflejó: *“datos de denervación crónica con reinervación colateral y sin denervación aguda, en la musculatura dependiente de las raíces L5 y S1 izquierdas. Sin datos de neuropatía focal ni difusa de los nervios estudiados”*.

Una RNM de columna lumbosacra, del 9 de noviembre de 2018, que se informó señalando: *“estudio dentro de límites de normalidad, asimetría de musculatura pélvica: musculatura glútea y piramidal más atrófica en el lado izquierdo”*.

Ante la persistencia del cuadro clínico, en julio del 2018 se derivó a la paciente a Reumatología y Neurología, que informó: *“el estudio neurológico confirma que NO se trata de una patología de nervio periférico, sino radicular. Radiculopatía L5-S1 izquierda, en paciente con anomalía congénita sacralización L5 izquierda. No datos de lesión de nervio periférico, se descarta lesión del nervio ciático”*.

Se le diagnosticó: *“radiculopatía L5-S1 izquierda secundaria, con sacralización L5 izquierda. Cuadro de lumbalgia crónica. Mejoría parcial de la movilidad del pie izquierdo”*.

En 2019, se repitió la RNM de caderas el día 13 de junio de 2019, comparándola con la RNM previa de 30 de abril de 2018, denotando: *“no se detectan modificaciones significativas. No se objetiva patología del nervio ciático, ni otras alteraciones”*.

Igualmente, en 2019 se repitió el EMG, informando: *“se observan datos de lesión neurógena crónica, de probable origen preganglionar, en miotomos L5-S1 izquierdos, sin datos de actividad-evolutividad”*.

Desde el 2020, la paciente recibió tratamiento en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz y continuó con tratamiento rehabilitador, realizando ejercicios para intentar mejorar la fuerza muscular del miembro inferior izquierdo, aunque los toleraba muy mal, por el dolor.

Así, con fecha 16 de enero de 2020, la paciente fue atendida en la Unidad del Dolor del Hospital La Paz. En cuanto a la sintomatología se anotó que requería asistencia por su cuadro de lumbociatalgia izquierda persistente, indicando que se trataba de un *“dolor de características neuropáticas, irradiado a cara externa del miembro inferior izquierdo, hasta pie y talón, con hipoestesia en cara externa de MII. EVA 8/10. El dolor se exacerba con la flexoextensión de MII y se alivia parcialmente con*

cambios posturales y analgesia de tercer escalón. En la exploración física: no puede caminar punta-talón, por imposibilidad de apoyar el pie. Maniobras sacroilíacas positivas, braggard negativo, fuerza disminuida en MII, sensibilidad conservada y ROT normales. Dolor interespinoso a nivel sacro y paravertebral bilateral". El Juicio diagnóstico fue: dolor neuropático en pierna izquierda.

Se continuó con tratamiento analgésico y se ofreció a la paciente un implante de electrodos electrolíticos SCS, previa interconsulta a Psiquiatría, siendo aceptado por la paciente, que firmó el correspondiente documento de consentimiento informado.

Con fecha 20 de febrero de 2020, la paciente fue vista en Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz, reflejándose en la documentación clínica de las asistencias la proactividad de la paciente y su buena disposición, teniendo como expectativa quitarse los mórficos por el dolor irradiado en la pierna izquierda y volver a caminar. Presentaba la paciente entonces, tan sólo un cuadro leve de ansiedad.

Con fecha 5 de julio de 2021, en consulta de Traumatología se solicitó RNM de columna lumbar+ RNM de pelvis. Ambas pruebas se realizaron el día 3 de agosto del 2022.

La RNM de columna fue similar a la previa, denotando una variante transición lumbosacra con sacralización L5 y horizontalización del sacro; morfología de cuerpos y discos vertebrales sin alteraciones y cambios hipertróficos en interapofisarias L5-S1.

La RNM de pelvis se informó en los siguientes términos: *“no se observan alteraciones en el espacio glúteo profundo, con excepción del contacto entre el nervio ciático y el margen posterior del acetábulo izquierdo, donde protruye ligeramente el tornillo de fijación del elemento protésico acetabular, que podría justificar irritación del mismo, en el*

contexto clínico del paciente. Se aprecia, además, completa atrofia grasa del musculo cuadrado femoral izquierdo”.

Con fecha 14 de septiembre de 2022, en consulta de Traumatología, se explicó a la paciente el resultado de esta nueva RNM pélvica y la opción de una nueva cirugía, ante el nuevo hallazgo que no había anteriormente. Así, se le propuso someterla a una nueva cirugía para retirar el tornillo de la prótesis del acetábulo y, se le explico que no había ninguna garantía de mejoría clínica, puesto que en ninguna de las exploraciones anteriores (RNM y EMG) se indicaba que el origen de la clínica que presentaba la paciente, estuviera en dicho material, sino en las raíces nerviosas de la columna lumbar.

Se anotó a la paciente en la lista de espera quirúrgica y se le entregó el documento de consentimiento informado, ingresando día 16 de enero del 2023 y practicándole la intervención el día siguiente, 17 de enero del 2023, con la retirada del tornillo acetabular y el recambio de la prótesis de cadera (*“recambio de par cerámica-cerámica 46 mm y cabeza de 28 mm cuello neutro”*).

La cirugía transcurrió sin incidencias, cursando alta el día 18 de enero del 2023.

Revisada en consultas externas el día 20 de febrero de 2023, se denotó la buena evolución de la herida quirúrgica, la buena movilidad pasiva de la cadera izquierda, la Rx satisfactoria y la clínica de dolor, sin cambios.

En cuanto a la sintomatología dolorosa, la paciente consideraba que dado el tiempo transcurrido desde la primera intervención (6 años), no se había producido reversión, ni mejoría clínica del cuadro y por eso las parestesias y la limitación funcional del miembro inferior izquierdo se habían mantenido inalterables, al igual que el dolor en zona lumbar.

Según consta, debido a la limitación funcional, la paciente sufre un cuadro ansioso-depresivo, en seguimiento clínico y farmacológico por Psiquiatría y Psicología y se le ha reconocido un grado de discapacidad del 49% con fecha 10 de octubre del 2022 -en 2015 tenía reconocida una discapacidad del 33%-.

Además, en cuanto a la aptitud laboral, se le ha reconocido una incapacidad permanente absoluta, en Sentencia nº 816/20, de 18 de septiembre, dictada por la Sección Primera de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, y el grado I de dependencia, mediante Resolución del director general de Atención a las Personas con Discapacidad, de 12 de mayo de 2021.

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

El 13 de abril del 2023, se informó a la reclamante a través de su letrado de la tramitación del procedimiento, así como del sentido desestimatorio del eventual silencio, por el transcurso de seis meses, sin obtener resolución.

El día 5 de mayo de 2023, acusó recibo del procedimiento la aseguradora del SERMAS -folio 145-.

Se ha incorporado la historia clínica del paciente, en particular la relativa a las asistencias en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón y, para un mejor conocimiento de la situación de la paciente, dispensadas posteriormente en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles, donde recibió desde el 2017 terapia grupal psicológica por sufrir un trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo, secundario a sus dolencias traumatológicas y la dispensada en el Hospital Universitario La

Paz, principalmente en la Unidad del Dolor, aunque no sean las cuestionadas.

Además, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se han incorporado diversos informes suscritos por los responsables de distintas áreas del Hospital Universitario Fundación Alcorcón: el del jefe de Área de Cirugía Ortopédica, Traumatología y Rehabilitación -folios 415 al 420-, el del Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor -folios 421 y 422- y el de la Unidad de Rehabilitación -folio 423-.

El informe del jefe de Área de Cirugía Ortopédica, Traumatología y Rehabilitación, relata profusamente el desarrollo de todas las asistencias dispensadas a la paciente desde el 2015, de forma coherente con lo documentado en la historia clínica y, a modo de conclusión, señala: *“En resumen: paciente con displasia de cadera izquierda con múltiples cirugías previa, que fue operada en 2016, por coxartrosis secundaria a displasia.*

En el postoperatorio se diagnostica de paresia del nervio peroneo común.

Todas las pruebas que se realizan descartan afectación del nervio ciático (8 EMG y RNM), sino afectación preganglionar en columna lumbar.

En 2022, durante el seguimiento se detecta posible contacto de material de síntesis con el nervio ciático, en relación con atrofia muscular local y se ofrece la alternativa de la retirada de material por la clínica del dolor y limitación persistente, advirtiendo de las escasas posibilidades de mejoría.

Durante todo el periodo postoperatorio se han realizado pruebas diagnósticas y se han remitido a la paciente a la Unidad del Dolor, Neurología Y Reumatología; en ningún momento se ha indicado que el

cuadro clínico tuviera su origen en el contacto del material protésico con el nervio ciático”.

El responsable del Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor, en su informe señala que, el día 3 de agosto de 2016 se realizó la intervención programada de implante de prótesis de cadera. La cirugía se realizó bajo anestesia general con intubación traqueal y ventilación mecánica y no se produjeron incidencias ni complicaciones. Tras la cirugía se trasladó a la sala de reanimación donde permaneció por espacio de 2 horas y 25 minutos sin que se observaran alteraciones orgánicas, ni sangrado mayor del habitual, motivo por el que la paciente se trasladó de nuevo a la sala de hospitalización, en buena situación clínica, finalizando en ese momento la relación asistencial con la paciente.

Explica también que, el 16 de mayo de 2017, se produjo una nueva asistencia a la paciente, en este caso a través de la Unidad del Dolor, siendo remitida desde el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica por un dolor continuo y de alta intensidad en el territorio de la 5ª raíz lumbar izquierda, interesando valorar una alternativa terapéutica para el dolor, con las pruebas de imagen y funcionales ya realizadas, que mostraban signos de lesión neurógena por denervación en territorios correspondientes a miotoma L5 izquierdo, de grado moderado-importante y una asimetría en la conducción del nervio peroneal superficial, con menor amplitud en el lado izquierdo, en posible relación con los antecedentes de la paciente.

El día 18 de diciembre de 2017, se le efectuó radiofrecuencia de las raíces 5ª lumbar y 1ª sacra izquierdas, con guía fluoroscópica y neuroestimulación, sin incidencias.

El 30 de enero de 2018, fue nuevamente evaluada y se comprobó la poca eficacia del tratamiento referido y ante la mala evolución del síndrome doloroso en consultas sucesivas realizadas a lo largo del año

2018, se realizó un nuevo estudio neurofisiológico mediante electromiograma, en agosto de 2018 y pruebas de imagen, en concreto, resonancia magnética y tomografía computarizada en el mes de noviembre de 2018.

El estudio neurofisiológico realizado mostró datos de denervación crónica con reinervación colateral y sin denervación aguda en la musculatura dependiente de las raíces S1 izquierda (afectación moderada) y raíz L5 izquierda (afectación leve-moderada). No se observaron datos de neuropatía focal, ni difusa, en los nervios estudiados.

La resonancia magnética denotó asimetría de musculatura pélvica, estando los resultados del resto del estudio dentro de los límites de la normalidad.

La tomografía computarizada también fue informada sin detectar afectación del nervio ciático, señalando: *“Prótesis total de cadera izquierda sin signos radiológicos de complicación con adecuada posición y congruencia de ambos componentes protésicos. La valoración del recorrido pélvico del nervio ciático izquierdo está limitada por la presencia de artefactos de la prótesis fundamentalmente a nivel de su paso por el foramen ciático, aunque no hay signos en este estudio que sugieran compresión del mismo en su porción visible”*.

El mismo informe explica que, ante la falta de respuesta al tratamiento con radiofrecuencia y para intentar disminuir la intensidad del dolor se pautó tratamiento farmacológico con MST 110-0-110, Sevredol 10 mg/6 h, duloxetina 120 mg 1-0-0, gabapentina 400 mg 1-1-1, Enantyum 25 mg 1-1-1 de forma intermitente, paracetamol 1 gr, 1-1-1, Nolotil 1-1-1 y Lexatín 1.5mg 1-1-1.

El 22 de mayo de 2020, la paciente comunicó por teléfono su intención de seguir siendo tratada por la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de La Paz, de modo que la Unidad de Anestesia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón no tuvo más contacto con la paciente hasta el día 23 de septiembre de 2022, en que fue evaluada en la consulta de Preanestesia, con vistas a un recambio de la prótesis de cadera izquierda, siendo categorizada como ASA 2 y considerada “apta” para Anestesia y Cirugía.

El día 17 de enero de 2023, se le realizó una nueva intervención quirúrgica para recambiar la prótesis previamente implantada, bajo anestesia general y, de nuevo, sin incidencias anestésicas. Tras la cirugía se la trasladó a la sala de reanimación, donde permaneció por espacio de 1 hora y 50 minutos, hasta su traslado a planta, en buena situación clínica.

El informe de la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón explica los antecedentes de la paciente, que desde la infancia fue tratada en el Hospital Clínico de San Carlos (con varias intervenciones quirúrgicas, yesos progresivos, aparatos ortopédicos...), al presentar una luxación congénita de la cadera izquierda.

Relata igualmente que estuvo asintomática de la cadera izquierda hasta 2003, cuando presentó un episodio de dolor de intensidad moderada y que, en 2008, padeció un nuevo episodio de dolor en la cadera izquierda, más intenso y persistente, realizando desde entonces rehabilitación por su artrosis de cadera izquierda secundaria a la luxación congénita, con ejercicios, aplicación de TENS y onda corta, entre otros mecanismos; aunque por el carácter limitante de su dolor se decidió la cirugía, con la correspondiente indicación de Traumatología.

Tras la intervención del 3 de agosto de 2016, señala el informe que la paciente presentaba una limitación en la movilidad activa del pie y tobillo izquierdo, al no poder realizar de forma activa la flexión dorsal de

ese pie y sus dedos, además de asociar una disminución de la sensibilidad en la cara externa de la pierna y en el 1º dedo. Por todo ello, señala que, tras la intervención, además del tratamiento habitual se le enseñaron ejercicios para mantener la flexibilidad del tobillo y pie izquierdo y se le adaptó una órtesis antiequino de tipo Rancho de los amigos, para mejorar el patrón de la marcha.

Posteriormente, fue atendida nuevamente por el Servicio de Rehabilitación, a causa de un proceso de lumbociática izquierda, con ejercicios para mejorar la fuerza de los músculos del miembro inferior izquierdo, juntamente con medicación antiálgica; aunque subsistiendo el mal control del dolor se la remitió a la Unidad del Dolor.

También se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 29 de abril de 2024- folios 430 al 438- que analiza la asistencia sanitaria cuestionada y concluye que la misma fue adecuada y de acuerdo a *lex artis*.

El 19 de septiembre de 2024, se dio traslado de lo actuado a la reclamante, para que efectuara las alegaciones que tuviera por pertinentes y el día 25 del mismo mes y año hizo uso del trámite, mediante un escrito que, en síntesis, insiste en su planteamiento inicial, mantiene que la afectación ciática fue consecuencia de la protrusión de la raíz nerviosa por un acetábulo de la intervención de cadera, afirma que el consentimiento informado “no es *patente de corso*” que ampare las negligencias médicas, como la que considera producida y añade que, efectivamente consta en la historia clínica el formulario del consentimiento informado para la cirugía de implantación de prótesis de cadera firmado por la cliente, pero no el relativo al alargamiento del miembro inferior izquierdo.

Finalmente, el 25 de noviembre de 2024, se ha formulado propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación al considerar que la asistencia analizada resultó ajustada a la *lex artis ah hoc*.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 11 de diciembre de 2024, se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 821/24, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 16 de enero de 2025.

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 los 15.000 € y por solicitud de la consejera 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, a la vista de la fecha de la reclamación iniciadora del

procedimiento; se regula en la LPAC con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid ya que, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón se encuentra integrado en la red del SERMAS.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, la reclamación ha sido interpuesta el 5 de abril de 2023 y, según consta, la paciente se hubo de someter a una segunda cirugía de cadera el 17 de enero del 2023, retirándole el tornillo acetabular empleado en la primera intervención y efectuándole el recambio de la prótesis de cadera. Por ese motivo, puede concluirse que la reclamación se ha formulado en plazo legal.

En cuanto al procedimiento, consta que se ha incorporado al expediente la historia clínica y los informes de los servicios implicados en las asistencias cuestionadas, además del de la Inspección Sanitaria.

Posteriormente, tras conceder el trámite de audiencia los interesados, se han recogido las alegaciones de la reclamante y, finalmente se ha formulado la oportuna propuesta de resolución, por lo que cabe entender que el conjunto del procedimiento ha sido correcto y sin deficiencias sustanciales.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014), recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial: *“(…) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”*.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

De otra parte, en el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que, por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se*

produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo en quien solicita ser indemnizado. Pues bien, la existencia del daño de la reclamante está acreditada dadas sus limitaciones funcionales y la sintomatología dolorosa que presenta.

La existencia de un daño, sin embargo, como ya hemos visto, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que habrá de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

De otra parte, en materia de carga de la prueba, para determinar la supuesta infracción de la *lex artis*, debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, de conformidad con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de mayo de 2018 (recurso 532/2016), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Finalmente, hemos de tener presente, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en Sentencia de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017) que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios*

de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”.

Trasladando todo ello al caso, observamos que la reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha incorporado al procedimiento ningún informe técnico médico o pericial que justifique sus planteamientos, considerando que es la propia documentación clínica la que avala su reclamación y sustenta la concurrencia de mala praxis médica, por el supuesto retraso en la detección de la afección nerviosa causada en la primera intervención, que la habría convertido en irrecuperable.

No obstante lo indicado, no es esa la interpretación de la indicada documentación que efectúan los responsables de los servicios involucrados en la asistencia ni, tampoco, la que efectúa la Inspección Sanitaria, cuyo criterio se encuentra dotado de especial valor crítico, puesto que, obedece en su actuación a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017): *“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes, que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

De esa forma, explica el Inspector en cuanto a la neuropatía periférica del nervio ciático, como complicación de la artroplastia de cadera, que tiene una causa poco clara, pudiendo ser debida a la elongación del nervio, provocada por un estiramiento del musculo piramidal durante el procedimiento quirúrgico y que, las evoluciones

satisfactorias de estas lesiones nerviosas indican que se trata de una neuropraxia.

Añade que, los estudios realizados mantienen que las parálisis neurológicas postquirúrgicas en estos casos están ligadas mayoritariamente al trauma quirúrgico, y no a la elongación del miembro inferior o a la alteración posoperatoria del centro de rotación de la cadera.

En cuanto a la incidencia de esta complicación, la afectación quirúrgica del nervio ciático no presenta mayor o menor incidencia en relación al uso de prótesis cementadas, no cementadas o híbridas; pero sí se ha reportado mayor frecuencia de lesiones en pacientes sometidos a este procedimiento quirúrgico, por padecer displasia congénita de cadera, debido a las dificultades técnicas en la colocación de la prótesis, ya que en estos pacientes el procedimiento quirúrgico se dificulta por el pániculo adiposo o por la distorsión de la anatomía habitual, condicionando mayor dificultad para la colocación del implante y mayor posibilidad de lesión del nervio ciático.

La evidencia científica aludida, determina que efectivamente esa posible afectación nerviosa aparezca contemplada entre los riesgos frecuentes propios de esta intervención, en el correspondiente documento de consentimiento informado que, según consta, en este caso fue efectivamente suscrito por la reclamante, el 26 de diciembre de 2015 y -por tanto- con antelación suficiente para poder revocarlo, en su caso, con anterioridad a la intervención practicada el día 25 de agosto de 2016. La consecuencia de todo ello resulta ser que, la materialización del riesgo contemplado y previsto en el documento que materializa y visibiliza el derecho a la información clínica de la paciente, excluye la antijuridicidad del daño.

El indicado documento de consentimiento informado debidamente suscrito por la reclamante, también contempla la eventual circunstancia

de que la cirugía analizada determinase el acortamiento o alargamiento del miembro afectado, como ocurrió en este caso, produciéndose un alargamiento de 5,30 mm del miembro inferior izquierdo que, de otra parte, solventaba parcialmente la previa situación de dismetría de 1 cm, corregida con alza, que presentaba la paciente.

De lo expuesto se deduce que el alargamiento no resulta ser un procedimiento quirúrgico independiente que precisara de un documento de consentimiento informado independiente, sino una consecuencia del procedimiento quirúrgico del implante de cadera, que presupone modificaciones óseas como la indicada, careciendo de todo sentido la reclamación que se plantea por las pretendidas deficiencias del derecho a la información clínica.

Respecto al invocado retraso en la detección de la afectación nerviosa, que sirve a la reclamante para argumentar que ha motivado la irreversibilidad de sus problemas de movilidad y dolor, subsistiendo tras el recambio de la prótesis, explica la Inspección Sanitaria que, en agosto del 2016, en el postoperatorio de la primera intervención, a la vista de la sintomatología que la paciente manifestó: dolor en el dorso de la pierna izquierda y dado que la clínica era compatible con probable neuroapraxia del peroneo común o ciático poplíteo externo, se inició el correspondiente tratamiento inmediato de esa posible neuroapraxia.

Añade que, además, 9 meses después -abril de 2017-, se le practicó un EMG, denotando que la conducción nerviosa en el nervio peroneo estaba en los límites de la normalidad, lo que NO era excluyente de que hubiera habido una neuroapraxia del peroneo común, en fase de resolución y añade que, pudo producirse la mencionada neuroapraxia como complicación de la cirugía compleja de implante de cadera, en una paciente con múltiples intervenciones, sobre una cadera con displasia congénita, que mejoro a lo largo de esos 9 meses.

A partir de abril/mayo del 2017, según se anotó en la revisión del 7 mayo, se constató la mejoría de la movilidad activa del pie y tobillo izquierdos, destacando un cuadro de lumbociatalgia izquierda, con importante limitación funcional, según también resultaba coherente con el EMG del 24 de abril, que también señalaba habla de *“signos de lesión neurogena denervatoria en territorio correspondiente a miotoma L5 izquierdo grado moderado-importante”*. Y con una RNM de columna de 15 de junio, que constató la *“hemisacralizacion izquierda L5”*.

Por tanto, todas las pruebas realizadas en este periodo, entre el 2017 al 2023 –principalmente RNM de columna, RNM de caderas, EMG-, descartaron la afectación del nervio ciático y consideraron una afectación preganglionar, a nivel de columna lumbar, con signos de lesión neurógena por denervación en miotomas L5-S1 izquierdos, y una asimetría en la conducción del nervio peroneal superficial en lado izquierdo, en posible relación con los antecedentes de la paciente.

Así las cosas, no fue hasta agosto del 2022 cuando en una nueva RNM se detectó el *“contacto entre el nervio ciático y el margen posterior del acetábulo izquierdo, donde protruye ligeramente el tornillo de fijación acetabular”*, y que podría estar en relación con la atrofia muscular que se describe: *“...atrofia del musculo cuadrado femoral izquierdo, y de la musculatura glútea y piramidal izquierda”*.

Pese a todo, precisa la Inspección Médica que, a partir de todo ello, no se puede asegurar que el cuadro clínico sufrido por la paciente a lo largo de esos años, tuviera su origen en el contacto del material protésico con el nervio ciático, ya que en todas las RNM efectuadas era visible el nervio ciático en la zona acetabular izquierda y en ninguna de ellas hasta la del 2022, se vio protrusión del tornillo acetabular que contacta con el ciático. De lo que deduce que, ese nuevo dato pudo manifestarse con la atrofia muscular de la zona.

Además, en ninguno de los EMG sucesivos, se apreció lesión ciática, descartando incluso una neuropatía periférica, con diagnóstico de radiculopatía L5-S1, en relación con la patología congénita sufrida por la paciente.

A la vista de todo ello, no puede considerarse producida ninguna omisión de medios diagnósticos, ni tampoco retraso en el diagnóstico imputable a la administración sanitaria, recordando que lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “ *... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente*” (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

Además, en la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia, como reitera la jurisprudencia en esta materia, entre otras en las SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003.

En definitiva, a la vista de todo lo argumentado no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o contraria a la *lex artis ad hoc* y la reclamación deberá ser desestimada.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haber acreditado la existencia de *mala praxis*, en la asistencia sanitaria objeto de reclamación.

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 16 de enero de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 30/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid