

Dictamen n.º: **399/23**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **20.07.23**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 20 de julio de 2023, 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 reclamación de indemnización por los daños y perjuicios derivados de una intervención quirúrgica de plastia total de rodilla izquierda, realizada por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por medio de escrito presentado en el registro de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid el 17 de agosto de 2021, la persona señalada en el encabezamiento de este escrito formuló una reclamación de responsabilidad patrimonial, por los daños y perjuicios resultantes de los tratamientos dispensados en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en fechas 21 de octubre de 2019 y 27 de enero de 2021.

Mediante un escrito posterior, de fecha 23 de septiembre de 2021, presentado tras el oportuno requerimiento, la reclamante

explicó que en una cirugía que le fue practicada el 21 de octubre de 2019, le pusieron una prótesis de rodilla izquierda que resultó pequeña, y que tardaron 15 meses en proceder a su reemplazo, lo que le ha causado dolor de riñones, pinchazos en la rodilla, cojera y limitación en la funcionalidad y movilidad de la pierna izquierda.

Por razón de lo expuesto, solicita una indemnización que cuantifica en la suma de 300.000 €.

La reclamante no adjuntó documento alguno a su escrito de reclamación, remitiéndose a los que obraran en su historia clínica (folios 1-4 y 8-14 del expediente).

**SEGUNDO.-** En relación con el contenido de la reclamación, la historia clínica incorporada al expediente, ha puesto de manifiesto lo siguiente:

La reclamante, de 63 años en la fecha de la primera intervención, presentaba como antecedentes médicos padecer: hepatopatía crónica enólica con datos de hipertensión portal y afectación en imagen del sistema nervioso central; hipertensión arterial, diabetes mellitus; obesidad grado II -con peso de 80 kg, talla de 150 cm e índice de masa corporal de 35.56-; dislipemia; alergia al grupo AINES; tiroidectomía total por carcinoma y psoriasis en tratamiento y seguimiento por el Servicio de Dermatología.

La paciente ingresó con un cuadro de hemorragia digestiva alta en fecha 27 de octubre de 2019, cursando 11 días ingresada en el Hospital Ramón y Cajal. No constan informes sobre este antecedente, salvo menciones en la historia clínica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

En cuanto a los antecedentes propiamente traumatológicos, en fecha 28 de julio de 2015, se le realizó un estudio radiológico de rodilla

que concluyó que presentaba artrosis tricompartmental bilateral, de predominio izquierdo.

En fechas 1 y 26 de octubre de 2015 acudió a consulta de Traumatología, al ser remitida por dolor en la rodilla izquierda y en el tobillo derecho sin antecedente traumático, para descartar afectación articular de su psoriasis (presentaba placas extensas de psoriasis en miembros superiores e inferiores) y se confirmó que padecía artrosis en las manos y en las rodillas.

Constan otras consultas posteriores, de fechas 25 de enero y 25 de abril de 2016, con mejoría parcial del dolor tras recibir fisioterapia.

Con tales precedentes, la paciente acudió el 23 de enero de 2019 al Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, por presentar dolor de rodilla izquierda, de más de un mes de evolución, sin antecedente traumático, ni síntomas inflamatorios. Concurría sensación de inestabilidad en la rodilla, al bajar escaleras y claudicación al sentarse mucho tiempo. Aportó a la consulta radiografía previa.

La rodilla se mostraba estable a la exploración.

Se le planteó ya en esa ocasión intervención de PTR (plastia total de rodilla), pero la paciente manifestó que no se quería operar por el momento, rechazando también infiltración cortico anestésica. Por todo ello se estableció que continuara con analgesia oral y fisioterapia.

Regresó nuevamente a consulta en fecha 20 de mayo de 2019, con gonalgia izquierda intensa, dificultad para iniciar la marcha tras el reposo, limitación en escaleras y sin dolor en reposo.

Al examen físico se constató articulación flexible, aunque con dolor -flexionaba 145° y extendía 20°-. La radiografía evidenció cambios degenerativos avanzados en varo.

Ante la evolución de su patología se le explicaron los riesgos y posibles complicaciones de una prótesis de rodilla, así como el postoperatorio esperado y la paciente manifestó que prefería operarse después del verano.

Acudió a Urgencias en fecha 28 de julio de 2019 por gonartrosis izquierda, en ese momento con chasquido articular, gran dolor e impotencia funcional. Presentaba cojera importante y disminución de la movilidad. La radiografía de la rodilla, no mostraba cambios respecto a las previas.

En fecha 12 de septiembre de 2019, acudió a consulta decidida a someterse a la cirugía protésica. Se la incluyó en la lista de espera quirúrgica para una plastia total de rodilla izquierda y firmó el documento de consentimiento informado.

El Servicio de Anestesiología, en razón de las patologías de la paciente, la clasificó en fecha 27 de septiembre de 2019 con “*riesgo anestésico quirúrgico ASA III*” (paciente con patología coexistente severa compensada), planteándose someterla a anestesia regional.

La paciente permaneció ingresada entre el 21 y el 24 de octubre de 2019, por la intervención de PTR izquierda.

El informe de quirófano, del 21 de octubre, recoge que bajo anestesia raquídea se le realizó artroplastia total de rodilla cementada tipo NegxGen, con recambio rotuliano. El abordaje fue abierto y la lateralidad izquierda.

La duración de la cirugía fue de 01:53 horas y el diagnóstico pre y postoperatorio fue: trastorno interno de rodilla.

La paciente recibió el alta el día 24 de septiembre de 2019, tras adecuado control analgésico, deambulando, con buena tolerancia y un rango de movilidad de 0-90°.

Se le indicó realizar ejercicios de flexo-extensión de rodilla que le fueron explicados y seguir el protocolo indicado por el Servicio de Rehabilitación.

En cuanto al seguimiento de la evolución de la intervención, constan los siguientes datos:

En fecha 5 de diciembre de 2019 cursó la primera revisión por el Servicio de Traumatología. Las radiografías fueron correctas, con rango de movilidad de 5-90°. En esta consulta se anotó que la paciente había sufrido una hemorragia digestiva, por lo cual la recuperación se había enlentecido.

La paciente continuó el seguimiento con el Servicio de Rehabilitación.

En fecha 27 de diciembre de 2019, manifestó dolor ocasional, indicando que no realizaba el tratamiento analgésico al no poder tomar antiinflamatorios. Usaba muleta por exteriores y subía y bajaba escaleras con dificultad.

Al examen físico inicial, se denotó un rango articular, con extensión de -30°, pasivo -20°, flexión 85°.

Por el episodio de hemorragia digestiva alta se ausentó 7 sesiones.

Al examen físico tras 18 sesiones de Rehabilitación, el rango articular mejoró, con extensión de  $-15^{\circ}$  y flexión de  $115^{\circ}$ .

En fecha 17 de enero de 2020, tras recibir 24 sesiones, finalizó el tratamiento y fue dada de alta por estabilidad clínica el 28 de enero de 2020. Presentaba al examen físico flexión de  $95^{\circ}$  y extensión de  $-30^{\circ}$ , con tope duro.

En fecha 3 de marzo de 2020, en revisión de Rehabilitación se anotó flexión de  $100^{\circ}$  y extensión de  $-30^{\circ}$  con tope duro y la paciente fue dada de alta, al haber alcanzado el techo terapéutico.

En fecha 11 de junio de 2020 la paciente consultó nuevamente con el Servicio de Traumatología por flexión de rodilla inaceptable y signos radiográficos sugerentes de complicación, ante lo cual se decidió realizarle artrocentesis y cultivo, que resultó negativo.

La paciente manifestó que deseaba intentar un nuevo ciclo de rehabilitación y se valoró el recambio de la prótesis.

En fecha 23 de junio de 2020, el Servicio de Rehabilitación inició tratamiento por flexión de rodilla izquierda de  $30^{\circ}$  y se le dio de alta tras alcanzar techo terapéutico, en fecha 22 de octubre de 2020, con un examen físico que reflejó: flexión de  $90^{\circ}$  y extensión de  $-35^{\circ}$ , con tope duro.

En fecha 28 de julio de 2020 la paciente acudió a Urgencias por dolor en la cadera izquierda de varios meses de evolución, siendo diagnosticada de trocanteritis izquierda, sin signos de alarma.

Respecto al segundo procedimiento quirúrgico, consta documentado:

La paciente acudió en fecha 24 de septiembre de 2020 al Servicio de Traumatología por persistencia de rigidez, pero no quería operarse

hasta enero del 2021. Además, en fecha 15 de octubre de 2020 refirió dolor neuropático en ambos miembros inferiores.

La paciente regresó al Servicio de Traumatología en fecha 7 de enero de 2021 con una situación idéntica, a pesar de haberse sometido a fisioterapia y constando un nuevo hallazgo en una Resonancia Magnética Nuclear realizada, de *“columna lumbar degenerativa sin signos de complicación que justifiquen flexión de rodilla”*. Por todo ello se le ofreció la intervención de revisión protésica.

La paciente firmó el documento de consentimiento informado para recambio o retirada de la prótesis articular y fue valorada por el Servicio de Anestesiología en fecha 20 de enero de 2021, siendo catalogado el riesgo anestésico quirúrgico como ASA III, previendo el empleo de anestesia regional.

Cursó ingreso de fecha 27 de enero de 2021 al 1 de febrero de 2021 para el recambio de la prótesis por rigidez de PTR.

El informe de quirófano reflejó que se realizó el recambio de PTR con abordaje abierto, con una duración de la cirugía de 03:38 h. El diagnóstico pre y post operatorio: *“infección/inflamación por prótesis de articulación interna”*.

En fecha 28 de enero de 2021 un familiar comentó que fue tratada en el Hospital Ramón y Cajal por hemorragia digestiva alta, probablemente debido al tratamiento con heparinas. Se comunicó con el Servicio de Digestivo, se revisaron los informes y se dejaron efectuadas indicaciones.

En fecha 1 de febrero de 2021, según consta anotado en la historia clínica, la paciente caminaba con buena tolerancia. Se

informaron los cultivos intraoperatorios como negativos, y se le dio el alta.

Constan revisiones por el Servicio de Traumatología en fechas 16 de marzo de 2021 y 4 de mayo de 2021, anotándose que había mejorado algo del dolor, pero seguía en la flexión de rodilla.

La paciente finalizó el tratamiento rehabilitador en fecha 22 de junio de 2021 con 16 sesiones. Al examen físico se reflejó que presentaba limitación para la extensión y tenía mucho dolor, la flexión de rodilla estaba entre 80° y 90°, de forma pasiva y en la extensión faltaban 20° y cedía a -10° de forma pasiva, sin mejorar con rehabilitación.

La paciente acudió a consultas con el Servicio de Traumatología en fechas 2 y 4 de agosto de 2021, continuando muy limitada con topes rígidos y analíticas normales. Se le ofreció artroplastia o un nuevo recambio si fuera necesario, a lo que indicó que lo pensaría.

En fecha 25 de agosto de 2021 fue dada de alta del Servicio de Rehabilitación, con evolución estable, aunque seguía limitada y dolorida. Al examen físico presentaba flexión de 90° y en la extensión faltan 15°, con topes rígidos.

La historia clínica remitida documenta también el seguimiento posterior a la reclamación. A saber:

La paciente recibió seguimiento por el Servicio de Traumatología en fecha 13 de octubre de 2021 y ante la continuidad de su situación se le ofreció artroplastia o recambio de prótesis, que aceptó y el 8 de febrero de 2022, se le practicó otra artroplastia abierta y recambio de polietileno, con control radiológico satisfactorio.



Cursó seguimiento en fechas 9 de marzo de 2022 y 15 de junio de 2022, en los que se anotó una mejora importante tras la cirugía. Entre ambas citas recibió 6 sesiones de rehabilitación, finalizando el tratamiento en fecha 11 de abril de 2022, alcanzando una mejora, valorada en la consulta de junio de movilidad 0-100 y quedando la paciente satisfecha.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se efectuó un primer requerimiento de subsanación, mediante oficio de 6 de septiembre de 2021, por cuanto en su solicitud inicial la reclamante no exponía ningún motivo de reclamación, limitándose a indicar que la actuación sanitaria reprochada *“fue en el Servicio de Traumatología de la Fundación Jiménez Díaz, en fechas 21-10-2019 y 27-1-2021”* (sic).

Por ese motivo, conforme a los artículos 67 y 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), el 15 de septiembre se requirió a la interesada para que en plazo de 10 días concretara qué actitud/es del centro sanitario o de su personal considera incorrecta/s, qué daño le causó esa/s actuación/es, y para que aclarase la presunta relación de causalidad entre ese daño y la actuación sanitaria.

Igualmente, se le indicó la normativa aplicable y el plazo para entender desestimada su solicitud por silencio, a contar desde el momento en que subsanara los defectos reseñados, teniéndola por desistida en otro caso.

El 23 de septiembre del mismo año, la afectada presentó escrito de subsanación y mejora de su solicitud, explicando los motivos de su reclamación, que se centran en que, en su opinión, en la cirugía realizada el 21 de octubre de 2019, le pusieron una prótesis de rodilla izquierda pequeña, y tardaron 15 meses en reemplazarla,

considerando que ello le ha causado diversos dolores y molestias, que cuantifica en 300.000 €.

Admitida formalmente a trámite la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la LPAC y se dio traslado al Hospital Fundación Jiménez Díaz, en fecha 1 de octubre de 2021, para facilitar su personación en el expediente administrativo y recabar la historia clínica y el informe del servicio o servicios afectados, de acuerdo con lo previsto en el artículo 81.1 de la LPAC.

La representación del referido hospital, mediante escrito de 28 de enero de 2022, comunicó que el servicio cuestionado se prestó en virtud del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid, se personó en el procedimiento -dando igualmente traslado a su aseguradora- y remitió la historia clínica de la paciente, con inclusión del documento de consentimiento informado para los tratamientos quirúrgicos a que fue sometida (folios 656 al 689). Se extraen de esos documentos los siguientes datos:

- En cuanto a la primera intervención, de fecha 12 de septiembre de 2019:

En el apartado “Consecuencias importantes de la intervención”, el referido documento recoge: *“La movilidad de la articulación, suele mejorar, aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que estuviera antes de la intervención. La prótesis conlleva de forma inherente una limitación relativa, de la movilidad respecto a una articulación normal, que dificulta o impide la realización de ciertas actividades”.*

*“La prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir de otra intervención llamada recambio protésico que conlleva sus riesgos y complicaciones”.*

En el apartado de complicaciones frecuentes, constan:  
*“chasquidos con la movilidad de la rodilla”.*

En el apartado de riesgos poco frecuentes, se indica:

*“los riesgos poco frecuentes de la cirugía de IMPLANTACION DE UNA PROTESIS DE RODILLA, son:*

*g) Fractura o perforación de un hueso, al colocar la prótesis o más tardíamente.*

*h) Inestabilidad de la articulación, manifestada en movimientos anormales de la rodilla, fallos de la rodilla y más raramente, luxación.*

*i) Limitación de la movilidad de la articulación, de flexión o de extensión, puede requerir una movilización bajo anestesia para liberar las adherencias producidas o una nueva intervención.*

*j) Rotura o debilidad de los tendones alrededor de la articulación...”*  
(folio 665).

- En cuanto al contenido del segundo documento de consentimiento informado, de fecha 7 de enero de 2021, destacamos que figura en el apartado consecuencias de la intervención: *“...para extraer la prótesis suele ser necesario extirpar parte del hueso que hay alrededor de la misma.*

*- Por ende, en un recambio de la articulación suele necesitarse un implante más grande que tenga algún suplemento para estabilizar la prótesis o la utilización de injerto óseos.*

*La colocación de esta prótesis puede producir el alargamiento o acortamiento de la pierna intervenida.*

*La movilidad de la articulación, suele mejorar, aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que estuviera antes de la intervención.*

*- La prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir de otra intervención”.*

En el apartado de riesgos frecuentes:

*“- Limitación o ausencia de movilidad de la articulación.*

*- Cojera en menor o mayor grado”.*

Y en el apartado riesgos poco frecuentes (folio 687):

*“- Limitación de la movilidad de la articulación, secundaria en general a la aparición de calcificaciones alrededor de la prótesis.*

*- Rigidez de la rodilla por la formación de una cicatriz adherente.*

*- Cojera persistente condicionada por pérdida de fuerza muscular”.*

Además, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del jefe del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, de 14 de enero de 2022, que analiza todas las cuestiones objeto de reproche (folios 218 al 222).

En el mismo se destaca que las dolencias traumatológicas previas de la paciente permiten establecer que la indicación quirúrgica fue correcta. Que el procedimiento se llevó a cabo el 21 de octubre de 2019 sin incidencias, pero en el postoperatorio la afectada desarrolló una rigidez articular de rodilla, que justificó una nueva intervención.

En lo referente a la complicación producida, explica que la rigidez (limitación de movilidad) de la rodilla es una complicación posible, aunque infrecuente de la operación de prótesis de rodilla, que la literatura médica reporta frecuencias de esta complicación en tales intervenciones, con una incidencia de entre el 4 % y el 16 % y que, se han estudiado los factores predisponentes para esta complicación y la presencia de patología basal y la obesidad que presentaba esta paciente aumentan notoriamente el riesgo.

Destaca el informe que esta complicación está adecuadamente descrita en el documento de consentimiento informado que firmó la paciente y que, en la entrevista preoperatoria los pacientes son informados de este riesgo y que no se puede cuestionar la praxis de la cirugía por el hecho de que aparezca esta complicación.

Además, de forma concluyente, el informe señala que en ningún caso se recoge en la historia clínica que las tallas de las prótesis implantadas fueran inapropiadas para la paciente y que, además, el recambio de prótesis en ningún caso se indicó por el tallaje incorrecto de la primera, sino para resolver la rigidez asociada al implante de la prótesis previa. Por tanto, la afirmación de la reclamante de que le implantaron “una prótesis pequeña” (sic), carece de todo fundamento.

Añade que, de acuerdo con la práctica médica recomendada, los pacientes inician un programa fisioterápico en el hospital tras la operación de prótesis de rodilla, que se recomienda realizar la primera visita postoperatoria en torno a la 6.<sup>a</sup> semana postquirúrgica y que, aunque el proceso de recuperación de la primera movilidad es largo, en ese plazo ya puede hacerse una primera evaluación del grado de recuperación a alcanzar. Cumpliendo estos plazos, la paciente fue revisada el 5 de diciembre de 2019 y en esa revisión ya se detectó una discreta pérdida de extensión de la rodilla, aunque la flexión era

satisfactoria y se le prescribió continuar con la fisioterapia para recuperar la pérdida de flexión remanente.

En la siguiente revisión postoperatoria realizada el 27 de diciembre de 2019, se reseñó que la paciente había faltado a 7 sesiones de fisioterapia por un problema digestivo, lo que indudablemente ralentizó la recuperación.

Se explica que, la paciente fue evolucionando con una rigidez de intensidad cada vez mayor y, una vez se confirmó la ineficacia de la fisioterapia, se le efectuó una artrocentesis para cultivar el líquido articular y descartar una infección el día 11 de junio de 2020, puesto que la infección podía ser la causa de la rigidez postoperatoria; aunque en este caso el cultivo del material obtenido descartó la infección. Por otro lado, el seguimiento por imagen de la rodilla operada era satisfactorio y no aportaba dato alguno que explicara el retroceso.

Se relata que la paciente continuó con tratamiento fisioterápico y, ante la mala evolución, se le planteó en la revisión del día 24 de septiembre de 2020 una revisión quirúrgica de la prótesis, para intentar corregir la rigidez.

La historia clínica registra en esa consulta que la paciente solicitó esperar a enero de 2021 para realizar esta operación y añade que, esta demora, como la debida a la complicación digestiva que sufrió la paciente, prueban entre otros hechos que la demora en el tratamiento de la rigidez no fue debido a decisión del cirujano.

La cirugía de revisión se llevó a cabo el 27 de enero de 2021 y no se encontró obstáculo mecánico que justificara la rigidez, aunque se le cambió la prótesis por una nueva y tras esta cirugía se instauró nuevamente tratamiento fisioterápico y nuevamente evolucionó con rigidez.

Con arreglo a lo expuesto, el informe concluye que resulta evidente, en opinión del informante:

*“-Que no ha habido ninguna actuación incorrecta en el manejo de la paciente.*

*-Que la complicación ocurrida probablemente esté asociada a la patología previa de la paciente.*

*-Que por parte del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología no ha habida ninguna demora en las medidas aplicadas para intentar corregir esta complicación”.*

Además del informe referido, con fecha 17 de marzo de 2023, se emite otro informe por parte de la Inspección Sanitaria, en el que, tras examinar la historia clínica y el resto del expediente, efectúa determinadas consideraciones médicas y concluye que los servicios asistenciales del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz que atendieron a la paciente no han vulnerado las buenas prácticas médicas, ajustándose a la *lex artis* (folios 690 a 705).

Concluida la instrucción del procedimiento, se concedió el trámite de audiencia y alegaciones finales a la reclamante, el día 25 de abril de 2023 y al centro hospitalario, el día 19 de abril (folio 711).

El 17 de mayo el hospital efectuó alegaciones finales- folios 715 y 716-, reiterando el carácter ajustado a la *lex artis ad hoc* de la atención sanitaria dispensada, con apoyo en lo informado por el servicio afectado.

No constan alegaciones finales de la reclamante.

Finalmente, el 15 de junio de 2023 el viceconsejero de Gestión Económica y director general de Gestión Económica del Servicio

Madrileño de Salud formuló propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 3 de julio de 2023, se formuló la preceptiva consulta.

Correspondió el estudio del presente expediente 370/23 a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 20 de julio de 2023.

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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (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), en cuanto al daño alegado que la atención sanitaria presuntamente negligente le haya podido ocasionar.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia fue dispensada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, prestándose la asistencia al amparo de concierto suscrito con la Comunidad de Madrid. A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (323/20 de 28 de julio, 222/17 de 1 de junio, 72/18 de 15 de febrero y 219/18 de 17 de mayo), la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados, siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (Rec. 1018/2010).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (Rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12.<sup>a</sup> de la precedente Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil, ya que actúan en funciones de servicio público.

Por lo que se refiere al plazo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, el derecho a reclamar prescribe en el transcurso de un año a contar desde el hecho causante o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños físicos, el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación de las secuelas.

En el caso examinado, la reclamación que da lugar al procedimiento se ha formulado el día 17 de agosto de 2021, reclamando por los daños y perjuicios resultantes de determinados tratamientos dispensados en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en fechas de 21 de octubre de 2019 y 27 de enero de 2021, siendo esta segunda la fecha en que se practicó a la paciente una segunda cirugía, para el reemplazo de la prótesis primeramente implantada, en su opinión, de forma incorrecta. A la vista de la vinculación entre las dos intervenciones y, siguiendo la línea argumental de la reclamación (la segunda intervención se llevó a efecto para solventar las deficiencias de la primera), debemos considerar la reclamación formulada en plazo legal.

Entre los trámites seguidos, tal 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 relacionado con el daño alegado del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, así como un informe de la Inspección Médica sobre los hechos que motivan la reclamación.

Igualmente se ha cumplido con el trámite de audiencia a la reclamante y al centro hospitalario concertado, que han formulado alegaciones en el sentido ya expuesto. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: 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.

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 en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

*“(…) lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del*

*agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.*

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado que: “(...) no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la *lex artis*, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es

*limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

**CUARTA.-** 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 a quien solicita ser indemnizado. En este sentido recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que *“la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas”* constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado *“que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

En el presente supuesto, consta acreditado que la reclamante ha sufrido determinadas secuelas subsiguientes a la primera intervención y que, por ello, ha debido someterse a otra, por lo que debemos considerar acreditada la existencia de un daño.

Sea como fuera, la concurrencia de un daño, no presupone la existencia de responsabilidad por la actuación sanitaria, puesto que, como se indicó, la prestación del servicio público sanitario no comporta una obligación de resultados, existiendo exclusivamente una obligación de medios. De ese modo deberemos evaluar la práctica médica y asistencial, para establecer si concurrió o no *mala praxis* y si la misma se encuentra vinculada causalmente a la producción de los

daños por los que se reclama, puesto que sólo entonces serán indemnizables.

En el caso analizado, tal como explica la Inspección Médica, la artroplastia total de rodilla está indicada en aquellos pacientes, preferentemente mayores de 50-60 años, con destrucción radiográfica de la articulación, que presenten un dolor intenso e incapacitante para la marcha y actividades de la vida cotidiana, en los que ha fracasado el tratamiento no quirúrgico.

Consiste en reseca las superficies articulares anormales de la rodilla, restablecer el eje mecánico de la rodilla, equilibrar los ligamentos para corregir las deformidades y remodelar la superficie utilizando componentes metálicos y de polietileno.

Están descritas como posibles complicaciones de este tipo de intervención y recogidas en el documento de consentimiento informado que suscribió la afectada, tanto el dolor localizado, como la limitación de la movilidad de la articulación, además de la necesidad de repetición de la artroplastia.

Destaca la Inspección que predisponen a la rigidez de la rodilla y a la limitación de la movilidad de la articulación, incluso con una técnica quirúrgica perfecta, determinadas circunstancias presentes en esta paciente. A saber: la movilidad reducida previa de la rodilla, la obesidad, la baja estatura, la previa deformidad importante en varo y valgo y la predisposición genética a desarrollar artrofibrosis (adherencias) y destaca que son complicaciones postoperatorias, la infección, la fractura periprotésica, la descementación de los componentes, el síndrome doloroso regional complejo y las osificaciones, que pueden conducirnos a una prótesis de rodilla rígida.

También recoge el informe que, el perfil del paciente de riesgo para una recuperación locomotriz postoperatoria deficiente es el de una mujer con un índice de masa corporal alto, numerosas comorbilidades, un dolor de rodilla de gran intensidad, restricción de la amplitud de la flexión, una fuerza deficiente en la rodilla y un grado de locomoción preoperatoria deficiente.

La manipulación de la rodilla para evitar artrofibrosis se debe iniciar entre la 4.<sup>a</sup>-6.<sup>a</sup> semana posterior a la intervención. De esa forma, un cuadro de rigidez articular que ya aparece en el postoperatorio inmediato nos llevará a pensar que se trata de un mal posicionamiento protésico, un equilibrio ligamentoso insuficiente o una rehabilitación inadecuada; mientras que, en el caso de una rigidez de aparición tardía, tras un período de movilidad satisfactoria, como ha ocurrido en este caso, nos orientará a un proceso de infección latente, descementación o artrofibrosis.

También se indica en este informe que, la cirugía de revisión de recambio de artroplastia total de rodilla tiene como objetivo principal recuperar una movilidad suficiente de la articulación. Y en cuanto a su desarrollo explica que, tras comprobar la situación real de la rodilla y el arco de movimiento, se realiza extracción de los componentes de la rodilla, (con mínima destrucción del hueso y de los tejidos blandos), restableciendo los espacios y defectos óseos segmentarios, restableciendo la línea articular, equilibrando los ligamentos y estabilizado de los componentes de la rodilla.

La exposición quirúrgica debe ser amplia y en caso de rigidez de rodilla puede ser necesario hacer un corte en el musculo recto anterior que podría producir déficit de extensión. Además, al ser un procedimiento quirúrgico similar a la artroplastia total de rodilla comparte similares complicaciones y es importante señalar que puede



existir una recurrencia de la rigidez que requiera rehabilitación o, incluso, nuevas intervenciones.

Aplicando todas esas consideraciones técnico médicas, al caso, el mismo informe indica que, no debemos perder de vista que la intervención se efectuó a una mujer de 63 años, que sufre de un proceso de artrosis crónica de rodilla bilateral de predominio izquierdo desde 2015, con deformidad acusada de la rodilla en varo, en tratamiento médico conservador con analgesia y fisioterapia; concomitante con obesidad, diabetes tipo 2 y hepatopatía crónica enólica. Y se añade que, a la vista de todos los datos de la historia clínica, la indicación quirúrgica fue correcta, según las consideraciones médicas efectuadas en relación al tratamiento de la gonartrosis tricompartmental -artrosis de tibia, fémur y rótula- y que también fue adecuado el seguimiento postoperatorio de la intervención. Pese a lo expuesto, mantiene que, en este caso, la rigidez articular, el dolor y la limitación funcional derivada, pueden ser de origen multifactorial, destacando la edad, sexo, obesidad y talla de la paciente. Además, por motivos inherentes a sus patologías de base, la afectada sufrió un cuadro de hemorragia digestiva alta y la consiguiente imposibilidad de tratamiento antiinflamatorio habitual y el tratamiento óptimo del dolor repercuten directamente en la efectividad de la rehabilitación.

Todo lo expuesto ayuda a comprender la razón de las complicaciones resultantes de la primera intervención, a pesar de que la asistencia sanitaria dispensada fuera irreprochable desde la perspectiva de la *lex artis*.

En cuanto al segundo procedimiento quirúrgico, según se contempla en el documento de consentimiento informado: “...*para extraer la prótesis suele ser necesario extirpar parte del hueso, por lo cual suele necesitarse un implante más grande*” y, también, entre los

riesgos frecuentes *concorre “limitación de la movilidad de la articulación y cojera”* y se destaca que, el informe de quirófano y la historia clínica aportada por el Hospital Fundación Jiménez Díaz, no hacen referencia a la utilización de una prótesis más amplia, únicamente indican que se realizó un recambio de prótesis sin recambio rotuliano.

Por todo ello, se considera que la segunda intervención también fue adecuada, según las consideraciones médicas en relación al tratamiento de la rigidez articular tras una artroplastia total de rodilla.

Finalmente, se destaca por la Inspección que, tras persistencia de la rigidez pese a la cirugía de revisión y de aplicar un nuevo ciclo de rehabilitación, se realizó una tercera intervención de artroplastia a la paciente, para el desbridamiento con liberación y nuevo equilibrado de los ligamentos y la relajación del aparato extensor, el día 8 de febrero de 2022; resultando en un rango de movimiento de 0° a 100° y quedando la paciente satisfecha.

En consecuencia, la paciente fue adecuadamente informada de las intervenciones que cuestiona, mediante sendos documentos cuya lectura permitió conocer a la afectada los procedimientos a que iba a someterse, así como sus posibles complicaciones, aunque la técnica fuera irreproachable desde la perspectiva de la *lex artis*, contando además con un tiempo hasta la realización de la prueba que permitió a la interesada meditar su decisión e incluso revocar los consentimientos prestado. Además, no puede desconocerse que la interesada firmó que reconocía estar satisfecha con la información recibida y que había podido aclarar sus dudas (en el mismo sentido, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de noviembre de 2015).

En definitiva, frente a valoraciones subjetivas sin apoyatura científica sobre el carácter inadecuado de los tratamientos quirúrgicos cuestionados, por causa de las complicaciones surgidas; ni de los

detallados informes de los servicios afectados, ni del informe de la Inspección médica se puede llevar a esa conclusión. A este respecto, es reiterada la doctrina de esta Comisión, que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria tal y como también expone el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así la Sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014) recuerda que: *“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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”*.

En consecuencia, el daño reclamado no reviste el carácter de antijurídico, en tanto se trata de complicaciones posibles e informadas a la reclamante, habiéndose llevado a cabo un seguimiento y tratamiento que la Inspección médica califica de correctos.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede la desestimación de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, al no apreciarse daño antijurídico en la asistencia sanitaria prestada por la Comunidad de Madrid.

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 20 de julio de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 399/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid