Dictamen nº: **156/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **13.04.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 13 de abril de 2011 sobre la consulta formulada por el Sr. Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora 6/2.007, de 21 de diciembre, en el asunto antes referido y promovido por J.M.G.M., en adelante "*el reclamante*", por los daños y perjuicios ocasionados por una mala asistencia por parte del Hospital de Móstoles.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- En fecha 24 de septiembre de 2009, el reclamante presentó reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que entiende le fueron ocasionados por la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital de Móstoles, al considerar que las secuelas que sufre (dificultades para la normal deambulación y gran deterioro físico) son derivadas de las sucesivas intervenciones quirúrgicas a las que ha tenido que someterse por los cambios degenerativos que sufría en la columna lumbar. Solicita por ello, una indemnización por importe de 98.264,06 euros.

La Historia Clínica y restante documentación médica, han puesto de manifiesto los siguientes hechos:

El reclamante fue atendido el día 23 de abril de 1993, por Traumatología de AE del área VIII, por un cuadro de lumbalgia irradiado a miembro inferior izquierdo. Se realizó TAC de columna lumbar, diagnosticándose cambios degenerativos en espacio L5-S1 con probables nódulos schmorl, mostrando protrusión discal que pudiera estar comprometiendo el agujero de conjunción L5-S1 izquierdo, así mismo existen cambios degenerativos secundarios en carillas articulares interapofisiarias.

El 8 de octubre de 1993 se le realiza, por el Servicio de Neurofisiología clínica del Hospital de Móstoles, un estudio de electromiografía de nervios CPE izquierdo, no evidenciándose de anomalías valorables en ese momento.

Ingresa en el Hospital de Móstoles el 28 de febrero de 1994, para ser intervenido por el Servicio de Traumatología el 2 de marzo de 1994, bajo anestesia general, por dolores de lumbociática izquierda, siendo intervenido con laminectoniía amplia liberadora de las raíces L4-L5 y L5-S1. El postoperatorio es satisfactorio mejorando de sus molestias.

El paciente permaneció ocho años con recaídas eventuales, hasta inicios de 2002, momento en el que presenta dolor lumbar con hiporeflexia rotuliana y especialmente aquilea bilateral y debilidad en extensión del primer dedo del pie izquierdo.

En los estudios por imagen se observó escoliosis y fenómenos degenerativos en RX y estenosis foraminal con material extraído L4-L5 en resonancia magnética, por lo que se realizó nuevo tratamiento quirúrgico en el mismo hospital el 28 de octubre de 2002, liberándose el espacio L4-L5, ampliándose la laminectomia y extirpándose tejido fibrótico periradicular.

En el post operatorio presenta molestias en miembros inferiores y paresia del CPE así como dolor lumbar y ciático, el día 4 de noviembre de 2002 se pide férula antieuino, presentando mejoría los días siguientes en la extensión de los dedos, si bien persiste dolor, pautándole parches de Durogesic. El paciente estuvo ingresado hasta el 27 de noviembre de 2002.

El 11 de diciembre de 2002 el paciente fue visto en consulta refiriendo mejoría del dolor pero el pie sigue igual, al persistir, la clínica solicitó la realización de una resonancia magnética, siendo informada el 20 de mayo de 2003 como "*estenosis del canal lumbar*". Se pauta rehabilitación con clínica compatible de lesión del CPE del miembro inferior izquierdo.

El paciente solicitó segunda opinión en el Hospital Ramón y Cajal, por lo que fue derivado a dicho hospital. El 1 de noviembre de 2004 el paciente ingresa en el referido Hospital con el diagnóstico de "*dolor lumbar post cirugía vertebral. En resonancia magnética mostraba, rotoescoescoliosis de concavidad derecha. Pseudomeningocele pos quirúrgico L5- S1 y disminución bilateral de los agujeros de conjunción izquierdos L4-L5 y L5- SI*".

Fue reintervenido por el Servicio de Cirugía de Columna el 2 de Noviembre de 2004, con liberación radicular descompresión, artrodesis posterolateral instrumentada L4 a SI y sutura del meningocele. Tras la recuperación post-anestésica del paciente, se comprueba movilidad activa en miembros inferiores y se procede a su traslado a la UVI médica.

El día 3 de noviembre de 2004 el paciente pasa a hospitalización, siendo dado de alta el 19 de noviembre de 2004 con recomendaciones de "*corsé las 24 horas, paseos cortos y frecuentes, con cita para volver a revisión por el Servicio de Cirugía de Columna el día 2 de febrero de 2005*".

El paciente acude el día 2 de abril de 2008 a consulta del servicio de Cirugía de Columna del Hospital Ramón y Cajal, destacando problemas motores en miembros inferiores, que producen problemas con el calzado, siendo derivado el paciente al Servicio de Rehabilitación Prótesis y Ortesis del Hospital Ramón y Cajal para valorar métodos ortopédicos.

El día 9 de abril de 2008 acude al Servicio de Rehabilitación, refiere limitación a la flexión dorsal del pie izquierdo tras la segunda intervención en el año 2002, con sensación de quemazón en primer dedo, déficit motor en pie izquierdo con flexión 3, positivo sobre 5, flexión plantar 4 negativo sobre 5, escasa flexión voluntaria de primer dedo e hipoestesias plantar cara medial. El diagnóstico es, posible parálisis del ciático izquierdo (tibial peroné). Se solicita un electromiograma (EMG).

El 8 de octubre de 2008 se realiza EMG, exploración de conducciones nervios peroneo, tibial y sural derechos y EMG de músculo tibial anterior y gemelo derechos. Conclusión: "*el estudio neurofisiológico no muestra datos de afectación neuromuscular en los territorios explorados en el momento actual*".

El día 20 de octubre de 2008 es valorado por el Servicio de Cirugía de Columna por empeoramiento clínico con dolor lumbar irradiado a miembro inferior derecho hasta rodilla. La resonancia magnética realizada el 14 de octubre de 2008 es informada como: "*cambios postquirúrgicos en relación con artrodesis posterior con tornillos de fijación transpedicular de L4-S1, existen discopatía degenerativa en múltiples niveles: En L2-L3 se identifican cambios Modic1 en platillos vertebrales adyacentes identificando una prominencia discal global que produce estrechamiento de recesos laterales*".

El día 19 de noviembre de 2008 es valorado nuevamente por persistencia de dolor lumbar irradiado sobre lateral derecho de glúteo y

muslo, intolerancia a estar sentado. En Rx: progresión de la discopatía y escoliosis de convexidad derecha. Proponen reintervención, para descompresión del nivel L2-L3. El paciente firma el consentimiento informado del Servicio de Anestesia y Reanimación el 17 de diciembre de 2008 y consentimiento informado del Servicio de Cirugía de Columna del hospital Ramón y Cajal el 19 de Noviembre de 2008; realizándose el preoperatorio.

El paciente ingresa procedente de su domicilio el 10 de enero de 2009 en el Servicio de Cirugía de Columna del Hospital Ramón y Cajal para cirugía programada de hernia discal derecha L2-L3 de un año de evolución que se ha intensificado hasta limitar su vida en los últimos tres meses. Exploración: dolor de columna lumbar alta y glúteo derecho, leve irradiación a región inguinal derecho Lasegue y Bragard negativos.

El día 13 de enero de 2009 el paciente es nuevamente intervenido, mediante liberación y artrodesis instrumentada. La exploración de las masas de fusión posterolateral revela una artrodesis sólida. Escoliosis importante, durante la fase de liberación neurológica se aprecia estenosis central, de los recesos y en el nivel suprayacente a la fusión previa bilateralmente. La existencia de meningocele en el segmento L4-L5-S1 condicionó la exposición de la instrumentación en el lado izquierdo. En el lado derecho se realizó descompresión mediante laminectomía amplia en los niveles L1-L2, L2-L3 y L3-L4. Posteriormente se colocan tornillos definitivos. Tras refrescar apófisis transversas y masa laterales se añade abundante injerto local en los lechos posterolaterales.

En el postoperatorio, el paciente se queja de dolor en miembro inferior derecho, especialmente a la altura de la rodilla y zona distal del muslo, requiriendo combinación de analgésicos. Se realizó TAC lumbar, no

encontrándose alteraciones en la ubicación de los implantes. La evolución de la herida fue satisfactoria así como el hemograma.

Es dado de alta el l0 de febrero de 2009, con recomendación de utilizar corsé de forma continua, realizar paseos cortos, con revisión en consultas externas de cirugía de columna el 11 de marzo de 2009.

SEGUNDO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y por el Real Decreto 429/ 1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial.

De conformidad con el artículo 10.1 del precitado reglamento se ha emitido informe por el Jefe de Servicio de Traumatología, de fecha 24 de febrero de 2010, en el que se declara que "*El paciente presentaba una lumbociática izquierda de meses de evolución con fecha 14-09-1993.*

En la exploración clínica no se detectaban signos de irritación ciática. Radiográficamente se observaba escoliosis de doble curva, en TAC lumbar cambios degenerativos L5-S1 que podría comprometer el agujero de conjunción L5-S1 izquierdo, en RMN prolapso L4-L5 izquierdo, protusión lateral y foraminal LS-S1 izquierda y alteración radicular, y EMG sin alteraciones valorables.

Presentado el caso en sesión clínica se decidió tratamiento quirúrgico revisando ambos espacios (L4-L5 y L5-S1).

El paciente permaneció 8 años con recaídas eventuales, hasta inicios del 2002 momento en el que presenta dolor lumbar con hiporeflexia rotuliana

y especialmente aquilea bilateral y debilidad en extensión del primer dedo del pie izquierdo.

En los estudios por imagen se observa escoliosis y fenómenos degenerativos en RX y estenosis foraminal con material extruido L4-L5 en RMN, por lo que se realizó nuevo tratamiento quirúrgico liberándose el espacio L4-L5, ampliándose la laminectomía y extirpando tejido fibrótico periradicular con fecha 28-10-2002.

En el post-operatorio presentó una paresia del CPE que recuperó parcialmente en el post-operatorio, así como dolor lumbar y ciático, permaneciendo ingresado hasta el 27-11-2002.

La situación permaneció estable, con maniobras de Lassegue, J3ragard y Valsalva negativos y paresia de CPB con tendón tibial anterior activo y ausencia de dolor lumbar.

En la última RMN en mayo de 2003 se diagnosticó estenosis del canal lumbar.

El paciente solicita ser visto en el H. Ramón y Cajal por el Dr. D.

Solicito derivación a dicho hospital no existiendo anotaciones ulteriores".

Consta también, informe del Facultativo Especialista de Área del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital de Móstoles, en el que declara que "*(…) J.M.G.M. fue intervenido de hernia discal L4- L5 y L5- S1 el 2.3.94 y de revisión quirúrgica del espacio L4-L5 el 28-10-02. Ambas intervenciones se realizaron en el Servicio de Traumatología del Hospital de Móstoles y en ambas el Cirujano fue el Dr. T., Jefe de Servicio de traumatología en aquel momento, (…). Yo no participé ni tuve responsabilidad en ninguna de dichas intervenciones quirúrgicas".* Tras efectuar diversas alegaciones sobre el funcionamiento

por secciones del Servicio de Traumatología, que se consideran intrascendentes a los efectos del presente dictamen, concluye manifestando lo siguiente:

"Dada mi ínfima relación médica con J.M.G.M.; no habiendo sido el Cirujano ni ayudante en ninguna de las dos intervenciones quirúrgicas; o habiendo sido ninguno de los médicos que controló los post operatorios en la planta; no habiéndolo atendido en las consultas de Traumatología del Hospital; no siendo partícipe de ninguna decisión sobre la actuaciones médicas sobre el paciente, nada más puedo aportarle sobre la información que no me es solicitada. Así pues, apoyándome en los datos previamente aportados, afirmo que mi contacto profesional con J.M.G.M. fue circunstancial y exiguo, que no incidió de ningún modo en los criterios terapéuticos, en las actuaciones quirúrgicas ni en los resultados de dichas actuaciones. En consecuencia, niego cualquier responsabilidad en la situación pasada y presente de J.M.G.M., relacionadas con la atención recibida en el Servicio de Traumatología del Hospital de Móstoles".

Asimismo, la Inspección Sanitaria ha emitido informe el 24 de mayo de 2010 en el que concluye que:

"*1.- El consentimiento informado de las intervenciones de cirugía de columna vertebral del Servicio de cirugía de Columna del Hospital Ramón y Cajal indica: Los riesgos y complicaciones específicos de la operación vertebral son:*

Lesiones neurológicas: la descompresión de las estructuras nerviosas contenidas en el conducto raquídeo de la columna vertebral, la utilización de implantes vertebrales y la extirpación de hernias discales exigen de forma obligada que el cirujano trabaje en contacto directo con las raíces nerviosa, la medula espinal y sus envolturas, es por ello que durante la colocación de los implantes vertebrales en el curso de la descompresión o

como consecuencia de la separación de las estructuras nerviosas pueden producirse accidentales lesiones neurológicas.

Las consecuencias directas de estas lesiones neurológicas son diferentes grados de parálisis y alteraciones de la sensibilidad en las extremidades. (Piernas y brazos).

Complicaciones tardías: Estenosis del canal, inestabilidad vertebral, fibrosis con o sin aracnoiditis, dolor en zona dadora del injerto, dolor vertebral post- cirugía. (Folio 103,104)

2.- Frecuencia de las complicaciones de la discectomía y laminectomía lumbar descritas en la literatura: Complicaciones, 3-11%

Desgarro dural, 1-3,1%

Lesión retroperitoneal 0,50%

Lesión de la raíz, 0,20%,

Infecciones, 2-7%,

Pseudomeningocele, 0,3-5%,

Hematoma epidural, 0,10%

Síndrome de cauda equina 0,2-0,8%

En este caso el paciente sufrió las complicaciones de Pseudomeningocele postquirúrgico, izquierdo en espacio L5-S1, estenosis de canal como complicación tardía, y parestesias en MMII. Complicaciones descritas anteriormente.

7.-CONCLUSIONES

La atención prestada por el Servicio de Traumatología del Hospital de Móstoles y por el Servicio de Cirugía de Columna del Hospital Ramón Y Cajal fue adecuada en el curso clínico del paciente, ocurriendo complicaciones que figuran entre las que pueden suceder, tanto en la primera intervención como en reintervenciones posteriores.

Los consentimientos informados de las dos intervenciones realizadas en el Servicio de Traumatología del Hospital de Móstoles no figuran en la historia clínica que se me ha remitido".

Tras la emisión de dichos informes se ha cumplimentado adecuadamente el trámite de audiencia al reclamante, en fecha 23 de septiembre de 2010, presentando escrito en fecha 21 de octubre de 2010, en el que aporta informe médico pericial.

Una vez tramitado el procedimiento, se dictó propuesta de resolución desestimatoria el 22 de diciembre de 2011, la cual fue informada desfavorablemente por los servicios jurídicos de la Comunidad de Madrid.

TERCERO.- El Consejero de Sanidad, mediante Orden de 8 de marzo de 2011, que ha tenido entrada en el Registro del Consejo Consultivo el 14 de marzo de 2011, formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección III, presidida por el Excmo. Sr. D. Javier María Casas Estévez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 13 abril de 2011.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que, adecuadamente numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de diciembre (LRCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros (98.264,06 euros) y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

Habiendo sido evacuado el dictamen dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC.

SEGUNDA.- El reclamante esta legitimado activamente para formular reclamación que le indemnice por las lesiones ocasionadas por el supuesto funcionamiento defectuoso de los servicios sanitarios, a tenor de lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid titular del servicio sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 35 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por la Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, y artículo 55 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, del Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, se contempla en el Título X de la LRJ-PAC, artículos 139 y siguientes, desarrollado en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, en redacción dada por las

Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado reglamento, están sujetos las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

Como se ha manifestado anteriormente, en el antecedente de hecho segundo, el procedimiento se ha tramitado correctamente, habiéndose cumplimentado adecuadamente el trámite de audiencia.

Las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tal efecto dispone el artículo 142.5 de la LRJ-PAC "*el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas*".

Entiende la jurisprudencia, entre otras sentencias del Tribunal Supremo de 21 de mayo de 2007 (Recurso nº 7150/2002) y de 20 de junio de 2006 (Rec. 1344/2002) que para la determinación del "*dies a quo*" para el cómputo del plazo de prescripción resulta de aplicación el principio general de la "*actio nata*" consagrado en el artículo 1969 del Código Civil, el cuál dispone que el cómputo del plazo para ejercitar la acción sólo puede comenzar cuando ello es posible y esta coyuntura se perfecciona cuando se unen los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad. A tal efecto es necesario distinguir entre daños permanentes y daños continuados, por los primeros debe entenderse aquéllos en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto, aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el resultado lesivo, mientras que los continuados "*son aquellos que, porque se producen día a día, de manera prolongada en el tiempo y sin solución*

de continuidad, es necesario dejar pasar un período de tiempo más o menos largo para poder evaluar económicamente las consecuencias del hecho o del acto causante del mismo". Y por eso, para este tipo de daños, "*el plazo para reclamar no empezará a contarse sino desde el día en que cesan los efectos*", o como señala la sentencia de 5 de octubre de 2000 [RJ 2000/8621], en estos casos, «*para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial el "dies a quo" será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto*».

Resulta relevante para el presente supuesto lo dispuesto por el Tribunal Supremo en sentencia de 28 de febrero de 2007 (Rec. 5536/2003) a cuyo tenor; "*el dies a quo para el ejercicio de la acción de responsabilidad por disposición legal ha de ser aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto o aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de secuelas, y una vez establecido dicho alcance definitivo de la enfermedad y sus secuelas, los tratamientos posteriores encaminados a obtener una mejor calidad de vida o a evitar ulterior complicaciones en la salud del paciente o la progresión de la enfermedad, no enervan la situación objetiva en que la lesión, enfermedad o secuela consisten*".

En el caso objeto del presente dictamen, el reclamante denuncia que como consecuencia de las deficientes intervenciones quirúrgicas realizadas por los facultativos del Hospital de Móstoles, en fechas 28 de febrero de 1994 y 28 de octubre de 2002, tuvo que ser reintervenido en otro hospital, hasta en dos ocasiones, lo que le ha provocado las siguientes secuelas: "*pseudomeningocele postquirúrgico a nivel L5-S1, la existencia de fragmentos discales, comprimiendo el receso lateral y el agujero de conjunción L4-L5 y parestesias en el miembro inferior izquierdo*".

Por tanto, su denuncia se limita a la asistencia médica dispensada por el Hospital de Móstoles, sin que nada se objete a las intervenciones quirúrgicas realizadas en el Hospital Ramón y Cajal.

De acuerdo con el artículo 142.5 de la LRJ PAC el *dies a quo* para el cómputo del plazo de la acción de responsabilidad patrimonial debe ser la fecha de determinación de las secuelas.

La primera intervención en el Hospital de Móstoles, tuvo lugar el 2 de marzo de 1994, practicándose una laminectomía amplia y liberadora de raíces, siendo dado de alta el 24 de marzo siguiente, presentando como secuela parestesias en el primer dedo. Este Consejo entiende que cualquier reclamación derivada de dicha intervención se encontraría prescrita, pues no se aprecia dato relevante alguno en la historia clínica que permita entender acreditado que tras dicha intervención se hayan producido más secuelas que ciertas parestesias, que ya fueron diagnosticadas entonces.

La segunda intervención, se realizó el 28 de octubre de 2002 siendo dado de alta el 27 de noviembre de 2002. De acuerdo con la historia clínica el 1 de noviembre de 2004, cuando acude al servicio de Traumatología del Hospital Ramón y Cajal, el reclamante ya tiene el diagnóstico de pseudomeningocele posquirúrgico L5 S1 y disminución bilateral de los agujeros de conjunción izquierdos L4 L5 y L5 S1. Por lo tanto, la reclamación interpuesta el 24 de septiembre de 2009 debe considerarse extemporánea.

Dicha conclusión no aparece refutada por el informe pericial aportado por el reclamante junto a su escrito de alegaciones, en el que se pone de manifiesto que en la resonancia magnética previa a la intervención del 2 de noviembre de 2004 ya se diagnosticaron las secuelas que denuncia el reclamante en su escrito.

Por todo ello, este Consejo concluye que la reclamación interpuesta esta prescrita.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por la supuesta deficiente asistencia sanitaria dispensada por los servicios sanitarios del Hospital de Móstoles está prescrita.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el articulo 3. 7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 13 de abril de 2011