

Dictamen n.º: **396/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.06.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 27 de junio de 2024, 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., (en adelante “*la reclamante*”), por la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Hospital Clínico San Carlos, en una intervención de implantación de prótesis de cadera, al entender que las secuelas que sufre, son consecuencia de una mala técnica.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 16 de febrero de 2023, en el registro del SERMAS, la interesada formuló reclamación de responsabilidad patrimonial por ciertos daños y perjuicios, que atribuye a una mala técnica, en la intervención de implantación de prótesis de cadera izquierda, que le fue practicada en noviembre de 2016, en el Hospital Clínico San Carlos.

Expone la reclamante que, a resultas de la intervención de cadera que le fue realizada en el referido hospital- indica erróneamente que la

operación se le practicó el día 21 de noviembre de 2016 –, sufre una lesión en el nervio ciático y que, tras comunicar a los doctores su dolencia y una vez le realizaron diversas pruebas, reconocieron que verdaderamente se trataría de una consecuencia de la intervención y que se le pasaría.

Indica que, pasados siete años “*con dolor y pasándolo mal*”, el problema no se ha resuelto y que, finalmente le han dicho que no tiene solución y que será para siempre; debiendo llevar un aparato en el pie que le ayuda a caminar con dificultad, siempre con ayuda de muleta y dependiendo de alguien.

Por lo expuesto, solicita la reclamante una indemnización de 20.000 €, que no desglosa.

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

La reclamante es una paciente de 74 años en el momento de los hechos, con antecedentes personales de hipertensión arterial y sin otros datos de interés.

Fue incluida para cirugía programada de cadera por coxartrosis izquierda, con dolor a palpación inguinal y a las rotaciones externas e internas; con cambios degenerativos artrósicos en el estudio radiográfico, según consta en la RM caderas realizada en 22 de octubre de 2015, donde se le indicó que presentaba osteoartritis degenerativa de cadera izquierda y además tendinitis-bursitis ilio-psoas izquierda con presencia de líquido en bursa.

Firmó el documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de implante de prótesis de cadera izquierda, el 30 de marzo de 2016 -folios 128 a 130-.

En el mismo, se reseña específicamente que uno de los riesgos más frecuentes de la intervención propuesta es la “*lesión nerviosa en la extremidad inferior afectada, específicamente los nervios ciáticos, y crural, pudiendo provocar una disminución de sensibilidad o incluso una parálisis de manera temporal o definitiva*” -folio 128-.

La intervención quirúrgica se le realizó en fecha 8 de noviembre de 2016, mediante anestesia raquídea. En el informe del protocolo quirúrgico contenido en la historia clínica se anotó: “*Tratamiento quirúrgico: Prótesis total de cadera izquierda cementada. (...) se realiza artroplastia total de cadera izquierda implantando cotilo tritánium (...) componente cefálico de cerámica (...) vástago femoral cementado nº 11 F-40. Se comprueba estabilidad. Sin incidencias intraoperatorias*”.

Se reseña igualmente que el abordaje fue lateral transglúteo izquierdo, con postura de la paciente en decúbito lateral derecho.

En planta, tras la intervención, se le realizó control radiológico, que resultó satisfactorio.

Pese a todo, ya en el postoperatorio inmediato se reflejó que la paciente refirió “*disestesias en planta y dedos de pie izquierdo, conservando movilidad en flexo extensión y rotaciones y sensibilidad discriminativa al tacto y temperatura*”.

En fecha 9 de noviembre de 2016, se reflejó en el evolutivo que la paciente presentaba déficit de la flexión dorsal de tobillo, con impotencia para la flexo-extensión de los dedos y, el día 11 de noviembre de 2016, que la flexoextensión es 5/5, pero la flexoextensión de dedos era limitada, con disestesias en el antepié.

Se le pautó analgesia, con la que obtuvo mejoría, indicándole la utilización de medias de compresión. Se registró que la paciente

deambulaba con muletas, sin dolor, y se procedió a darle el alta, con pauta de heparina durante 6 semanas para prevención embólica postoperatoria, así como analgesia, bastones de ayuda, y cita para revisión por Traumatología en la Unidad de Cadera al mes de la intervención.

También se le dio cita en la consulta de Rehabilitación, para comenzar la oportuna rehabilitación de la cadera operada.

Consta una primera revisión en fecha 25 de noviembre de 2016, efectuada en Rehabilitación, donde no se expusieron complicaciones.

Se reseñó en dicha revisión que la paciente conocía los ejercicios que debía realizar en su domicilio.

Consta otra revisión por la Unidad de Cadera del Servicio de Traumatología, en fecha 4 de octubre de 2017, donde se anotó que la paciente mantenía movilidad completa, si bien con sensación de acorachamiento del tobillo. En observaciones, se significaba que, además, la paciente presentaba dolor en la otra cadera -la derecha-, apreciando coxartrosis en estudios radiográficos y, que se le planteó una operación de prótesis similar en la cadera derecha, llegando a firmar el documento de consentimiento informado de la dicha cirugía, aunque finalmente declinó operarse, por el momento y se anotó que refería estar "*peor de la columna*", derivando a la paciente a Unidad de Columna.

A la vista de la sintomatología, se le realizó un electromiograma de los miembros inferiores, el 2 de marzo de 2018, evidenciando datos compatibles con una afectación axonal moderada del nervio ciático poplíteo izquierdo, con leve axonopatía contralateral del nervio peroneo derecho, así como de lesión preganglionar y alteración sensitiva desmielinizante de sural bilateral moderado.

Según consta en la historia clínica, paralelamente la paciente tenía seguimiento en Consultas de Rehabilitación. Así, en la del 25 de junio de 2018, se anotó que la paciente refería dolor residual y sensación de presión en la pierna izquierda, desde la rodilla al pie, por la zona de la cara lateral externa, sin constar pautado ningún tratamiento. Se reflejó también que la paciente tenía movilidad completa y en la exploración física se reseñó que, la alteración sensitiva se corresponde al territorio del nervio ciático poplíteo externo, de predominio distal, con mayor dolor en el talón, pero con balances articular y muscular normales y marcha normal. Se pautó analgesia para los síntomas.

Se realizó a la paciente una RM de columna, con fecha 24 de octubre de 2018, ante la persistencia de los síntomas, con hallazgo de escoliosis y espondiloartrosis lumbar, así como estenosis leve del canal raquídeo en L3-L4 y L4-L5.

Consta posteriormente anotada otra revisión a cargo de Rehabilitación en enero de 2019, refiriendo la paciente que sentía “*presión que le limita al caminar*”. Se anotó así mismo que había realizado 10 sesiones de fisioterapia y se le recomendaban ejercicios domiciliarios.

Se anotó por el especialista que se le explicó que sufría una secuela postquirúrgica: la neuropatía en nervio ciático poplíteo y se pautó revisión tras la realización de determinados ejercicios, que se le explicaron y programaron.

Se reflejaron en la historia clínica nuevas revisiones por el Servicio de Rehabilitación en marzo 2019 y en marzo 2020 Y, en esta última se anotó que la paciente acudía por “*el mismo motivo*”, en referencia al mismo dolor en la rodilla izquierda y en el territorio del nervio ciático poplíteo externo, cambiando nuevamente de analgésico,

por reacción adversa a los anteriores (Versatis – lidocaína- y codeína), iniciando Tramadol con paracetamol y, además, planteando infiltraciones.

En revisión telefónica de Rehabilitación, en junio 2020, se anotó que la paciente refirió ya “*mucho dolor que le imposibilita caminar sin ayudas*”. Se valoró intervencionismo y se la derivó a consulta especial de Ortoprótesis de Rehabilitación, para estudio de posible disimetría en el miembro inferior izquierdo -utilizaba alza de 3 cm por su cuenta- y valoración de plantillas. Dicha consulta se programó en septiembre de 2020, si bien la paciente no acudió.

Se revisó a la paciente en consulta, el 15 de octubre de 2020, añadiendo los diagnósticos de: pie cavo bilateral grado I; dismetría de miembros inferior derecho de 1.5 cm y -continuando con el diagnóstico previo- neuropatía de predominio sensitivo del nervio ciático poplíteo externo izquierdo. Se le prescribieron plantilla termoconformada a medida y dispositivo antiequino dinámico con asistencia a la flexión dorsal para uso por exteriores y alza.

En las sucesivas visitas a Rehabilitación la paciente manifestó continuar con distesias y parestesias, si bien mejoró el patrón de marcha y el 26 de noviembre de 2020 fue dada de alta por Rehabilitación, manteniendo seguimiento por Traumatología.

De nuevo consta anotada otra consulta en Rehabilitación en marzo de 2021, por continuar la paciente con dolor en la rodilla izquierda y en el territorio del nervio ciático poplíteo externo, manteniéndose en lista de espera para intervencionismo.

Fue revisada nuevamente en febrero de 2022, pautando fisioterapia para la reeducación de la marcha, mejora de la propiocepción y el equilibrio. Se mantuvieron entonces los mismos diagnósticos: pie cavo bilateral grado I, dismetría de MID de 1.5 cm y

neuropatía de predominio sensitivo de nervio ciático poplíteo externo izquierdo.

La reclamante fue revisada en Traumatología en octubre de 2022, acudiendo ya intervenida en otro centro de la cadera derecha, mediante implantación de prótesis cementada, presentando secuelas de su lesión del nervio ciático poplíteo externo izquierdo, con uso de órtesis boxia para caminar, por mucho dolor en el tobillo y región contralateral del pie, asociando ciatalgia izquierda, así como metatarsalgia y fascitis plantar. El informe emitido dispuso: “*6 años de nervio ciático poplíteo externo doloroso. Secuelas de Boxia (=férula de tobillo, órtesis). Mucho dolor en tobillo y región lateral del pie. Ciatalgia izquierda. Metatarsalgia y fascitis plantar*”. Ante los síntomas de la paciente se le prescribieron nuevas pruebas complementarias como un electromiograma y una radiografía lumbar, de cadera y de pies y una teleradiografía, para valorar la metatarsalgia y la fascitis.

En electromiograma de diciembre 2022, se mostraron datos compatibles con leve neuropatía axonal crónica del nervio ciático derecho, con signos de reinervación colateral, con buena recuperación funcional en probable fase de secuela, y mejoría en relación al electromiograma previo de 2018, con mayor cronificación del proceso. No se objetivan datos de radiculopatía motora lumbosacra, ni de neuropatía periférica generalizada.

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 día 21 de febrero de 2023, el Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS comunicó a la reclamante, la admisión a trámite de su reclamación, la normativa aplicable y el sentido

desestimatorio del silencio, cuando hubiera transcurrido un periodo de más de 6 meses. En la misma diligencia, se interesaba que, se indicara el motivo por el que considera que la reclamación no se hallaba prescrita, ya que los hechos ocurrieron en el año 2016, acompañando, en caso de considerarlo conveniente, la documentación que estimara necesaria en apoyo de su pretensión. Consta la oportuna notificación a la reclamante de tal resolución, el día 1 de marzo de 2023 –folios 6 y 7 del expediente-.

El día 23 de febrero de 2023, se comunicó igualmente la tramitación del procedimiento a la aseguradora del SERMAS, que acusó recibo.

El 6 de marzo de 2023, la reclamante presentó escrito, junto con diversa documentación médica acreditando que mantiene diversas citas médicas de seguimiento a cargo de los servicios de Traumatología, Radiodiagnóstico, Rehabilitación, Neurofisiología y en la Unidad del Dolor en el Hospital Clínico San Carlos.

A continuación, se requirió la incorporación de la historia clínica de la paciente y el informe del servicio al que se atribuye el daño -folios 25 al 162-.

Posteriormente, en cumplimiento de lo previsto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado un informe, sin fechar, suscrito por el responsable del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico San Carlos, que repasa la asistencia cuestionada y el seguimiento de la intervención y efectúa una valoración técnica del proceso médico y la evolución, en el caso de la paciente. De esa forma indica que, las lesiones nerviosas fruto de la intervención para implantar una artroplastia de cadera están descritas en múltiples fuentes en la literatura científica especializada y son, lamentablemente una secuela considerada frecuente de dichas intervenciones, como se recoge en el documento de consentimiento informado.

En referencia a la afectación del nervio ciático, se indica que el mismo se encuentra en íntima relación con la porción del acetábulo y el fémur. Respecto al nervio femoral, se encuentra en la parte interna del área operatoria, protegido por el músculo psoasiliaco y el recto femoral. Se explica que, ambos nervios pueden resultar lesionados al efectuar la vía de acceso a la cadera y clásicamente se ha descrito lesiones por la alta temperatura que alcanza el cemento en la polimerización; aunque hasta el 40% son de origen desconocido.

Precisa el informe que, habitualmente se trata de “neuroapraxias”, consistentes en lesiones de un tronco nervioso periférico, que provoca una interrupción funcional de su conducción, siendo de recuperación rápida y espontánea y, por lo general, con una buena evolución previsible. No obstante, aproximadamente un 15% de los supuestos de afectación nerviosa tiene mala evolución, caracterizada por debilidad, que limita la deambulación y/o disestesia permanente.

En el caso que nos ocupa, la paciente presenta una lesión con probable origen mixto, con afectación nerviosa, tanto sensitiva como motora, del miembro inferior izquierdo, según queda demostrado por los estudios de imagen y electromiográficos y, se indica que, pese a que presentaba signos de una probable evolución satisfactoria por la recuperación de la movilidad y la fuerza en el postoperatorio inmediato; la evolución ha sido posteriormente insatisfactoria, entrando la paciente dentro del porcentaje de pacientes con lesión crónica a largo plazo.

También se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, de fecha 22 de enero de 2024 (folios 166 al 173), que analiza la asistencia sanitaria cuestionada y concluye que la misma fue adecuada y ajustada a la *lex artis* puesto que, no hay pruebas de mala praxis, ni se puede suponer la misma en la

intervención quirúrgica realizada en fecha 8 de noviembre de 2016, por aparecer tras ella una lesión de nervio ciático, recalando que este tipo de lesiones nerviosas, conforme a la bibliografía, puede producirse tras las cirugías de cadera, siendo ese el motivo de que se expliciten en el documento de consentimiento informado correspondiente, que en este caso se firmó en fecha 30 de marzo de 2016.

El día 20 de marzo de 2024, se dio traslado de lo actuado a la reclamante, para que efectuara las alegaciones que tuviera por pertinentes y, el día 26 de marzo las formuló, insistiendo en sus planteamientos y solicitud, adjuntando informes médicos que acreditan sus secuelas, constatadas en un informe de 31 de enero de 2024.

Finalmente, se ha formulado propuesta de resolución con sentido desestimatorio de la reclamación, al considerar que no se observa mala praxis en la asistencia cuestionada.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 20 de mayo 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 337/24, 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 27 de junio de 2024.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000€ y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC 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 reputa incorrecta.

Se cumple, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto a la asistencia cuestionada, que se prestó en el Hospital Clínico

San Carlos, perteneciente a la red sanitaria pública de la sanidad madrileña.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por el servicio médico que intervino en la asistencia prestada a la reclamante. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, comprensiva de la atención dispensada a la paciente en la intervención del día 8 de noviembre de 2016 y en sus múltiples consultas de seguimiento.

Igualmente, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen y, finalmente, se confirió trámite de audiencia a la reclamante que hizo uso del mismo reiterando sus peticiones.

Recopilado todo ello, se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada. 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.- En relación con el plazo para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial, para que la reclamación pueda surtir efecto es necesario que haya sido formulada dentro del plazo que permite la ley, esto es, antes de haberse producido la prescripción del derecho a reclamar.

A estos efectos, el artículo 67 de la LPAC señala en su apartado primero que “*el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el*

plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

Así conforme a lo expuesto, el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la *actio nata*, recogida en el artículo 1969 del Código Civil.

En cuanto a la interpretación judicial del precepto transrito, cabe traer a colación lo señalado en la Sentencia de 5 de octubre de 2023, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, conforme a la cual «*la cuestión ha sido objeto de tratamiento jurisprudencial en una pluralidad de sentencias como la STS, sc. 4^a, de 26 de febrero de 2013 (rec. 367/2011) que dice ‘Este plazo de un año se rige por las normas generales sobre el cómputo de los plazos, iniciándose en el momento en que se pudo ejercitar la acción de responsabilidad principio de la actio nata-, momento que no es otro que aquel en el que el perjudicado tuvo conocimiento del daño. En los casos de daños como los que son objeto de consideración en el presente caso y que describe la sentencia de instancia, desde la curación de dichos daños o desde la determinación del alcance de las secuelas, (...).*

En este sentido, nuestra jurisprudencia, de la que son muestra entre otras muchas las sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, distingue entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el dies a quo será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales

complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance, como ocurrió en el caso enjuiciado.

Abunda en ello la STS, sec. 4^a, de 28 de junio de 2011 (rec. 6372/2009) que dice ‘En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, aceptando igualmente que en aquellas enfermedades excepcionales de imprevisible evolución, el daño pueda ser reclamado, como continuado, en cualquier momento. Así lo hemos afirmado en sentencia del 31 de octubre de 2000. A tal efecto y como señala la sentencia de 25 de junio de 2002, esta Sala viene ‘proclamando hasta la saciedad (sentencias de 8 de julio de 1993 , 28 de abril de 1997 , 14 de febrero y 26 de mayo de 1994 , 26 de octubre de 2000 y 11 de mayo de 2001), que “el dies a quo para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto” (Sentencia de 31 de octubre de 2000), o, en otros términos ‘aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, siendo de rechazar con acierto la prescripción, cuando se pretende basar el plazo anual en la fecha del diagnóstico de la enfermedad’ (Sentencia de 23 de julio de 1997). Lo que tampoco supone que el plazo quede abierto de manera indefinida, sino que ha de estarse al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas, pues el carácter crónico o continuado de la enfermedad no impide conocer en un determinado momento de su evolución su alcance y secuelas definitivas o al menos de aquellas cuya concreta reparación se pretende (Sentencias de 12 de diciembre de 2009 , 15 de diciembre de 2010 y 26 de enero de 2011 - recursos 3425/2005, 6323/2008 y 2799/2009), ni siquiera al albur que la situación ya determinada fuera

sobrevenidamente reconocida a efectos laborales y de Seguridad Social, lo que constituye una mera paradoja de la tramitación coetánea de los distintos procedimientos administrativos y sociales consecuencia de un mismo resultado lesivo».

En el caso concreto que nos ocupa, se reclama por determinadas secuelas nerviosas resultantes de una intervención de prótesis de cadera izquierda que, si bien en el postoperatorio más inmediato aparecieron como probablemente reversibles, más tarde se cronificaron.

Así, según consta en la historia clínica, en una revisión efectuada a cargo del Servicio de Rehabilitación, en enero de 2019, se anotó que el especialista explicó a la paciente que sufría una secuela postquirúrgica: la neuropatía en nervio ciático poplíteo, explicando la conveniencia de efectuar determinados ejercicios, pautando analgesia, planteando infiltraciones y programando revisiones por el Servicio de Rehabilitación, para intentar una mejoría de la sintomatología.

También consta que, en consulta del 15 de octubre de 2020, se añadieron otros diagnósticos que complicaban la evolución de la primera lesión, por afectar igualmente a la deambulación: pie cavo bilateral grado I y dismetría del miembro inferior derecho de 1.5 cm y se le prescribieron otras medidas tendentes a favorecer su estabilidad y comodidad -una plantilla termoconformada a medida, un dispositivo antiequino dinámico con asistencia a la flexión dorsal para uso por exteriores y alza- y que, finalmente, en consulta de Rehabilitación de 26 de noviembre de 2020 fue dada de alta, pese a mantener seguimiento por Traumatología, donde consta que siguen tratándola de su secuela cronificada y de las otras patologías de cadera, rodilla y pie que también la aquejan y complican su movilidad.

A la vista de todo ello, podemos mantener que, desde el alta de Rehabilitación en el mes de noviembre de 2020, puede considerarse permanente la secuela nerviosa de la reclamante, al carecer de tratamiento efectivo para subsanarla, más allá de los paliativos del dolor, por lo que ciertamente, al haberse interpuesto la reclamación el 16 de febrero de 2023, debe considerarse la misma como extemporánea, habiendo prescrito al haber transcurrido el plazo de un año legalmente previsto.

CUARTA.- No obstante, este pronunciamiento de prescripción de la reclamación interpuesta, es de señalar que, aun entrando en el fondo de la controversia planteada, procedería al entender de esta Comisión Jurídica Asesora, desestimar la misma.

Entendemos que la reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la actuación asistencial prestada en el Hospital Clínico San Carlos fue conforme a la *lex artis*, destacando que la artroplastia total de cadera es el cambio quirúrgico de las partes anatómicas de la articulación coxofemoral por una prótesis, que está indicada en situaciones de osteoartritis en etapa avanzada, como la que presentaba la paciente.

Explica que, aunque esta intervención prevé una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes, hay variaciones grandes en la efectividad del tratamiento, siendo las afecciones nerviosas, una secuela posible, por cuyo motivo se encuentran contempladas en los correspondientes documentos de consentimiento informado y recuerda que, en este caso, la paciente lo firmó el 30 de

marzo de 2016 y que, en el mismo, se reseña específicamente que uno de los riesgos más frecuentes de la intervención propuesta es la lesión nerviosa en extremidad inferior específicamente el nervio ciático y el crural, pudiendo provocar una disminución de sensibilidad o incluso una parálisis de manera temporal o definitiva.

La inclusión de la posibilidad de la lesión nerviosa producida entre los riesgos previstos en el documento de consentimiento informado, elimina su antijuridicidad en caso de producirse.

En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), “*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*”.

Por todo cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al haber prescrito el derecho de la interesada a la reclamación, sin que, subsidiariamente se haya acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 27 de junio de 2024

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 396/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid