

Dictamen n.º: **618/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.10.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 10 de octubre de 2024, emitido ante la consulta formulada por la consejera de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por D., (en adelante, “*el reclamante*”) por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a mala praxis en la realización de una artroscopia de rodilla en el Hospital Universitario El Escorial.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 23 de agosto de 2022 el reclamante presenta un escrito en el registro telemático del Servicio Madrileño de Salud, solicitando una indemnización por la atención médica que le fue prestada en el Hospital Universitario El Escorial, al efectuarle una artroscopia de rodilla, durante la cual afirma que contrajo una infección con una bacteria, que le causó una artritis séptica y le ha motivado posteriores afectaciones y secuelas.

Explica que el 24 de febrero de 2028, se le intervino quirúrgicamente practicándole una artroscopia de la rodilla derecha, causándole una infección en la rodilla, por una bacteria llamada *Staphilococcus Aereus* y

generándole así una artritis séptica, que motivo nuevamente su ingreso, desde el 28 de febrero hasta el 29 de marzo de 2018.

Considera que la mala evolución de la primera intervención motivada por la infección, he determinado la necesidad posterior de realizarle una artroólisis abierta de la rodilla derecha, implantándole una prótesis total en esa rodilla, reduciéndose en mucho su movilidad y condicionado la mala evolución de la intervención, de forma que ha resultado declarado incapaz permanente total el día 11 de abril de 2019.

Manifiesta que, en revisiones posteriores del 19 de noviembre y 21 de diciembre de 2021 y en otra de 5 agosto de 2022, el médico ha constatado la rigidez, falta de movilidad y el dolor de la rodilla derecha que continúa presentado.

Con la reclamación se adjunta diversa documentación médica y copia del DNI del reclamante.

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

Se trata de un paciente, nacido en 1964, con antecedentes médicos de dislipemia sin tratamiento; discopatía degenerativa L3-L5 de varios años de evolución; artrosis de rodilla bilateral de varios años de evolución; disnea en estudio por neumología; síndrome del túnel carpiano, con neuropatía del nervio cubital a nivel del codo en ambos miembros superiores; meniscectomía rodilla I; apendicectomía; probable SCACEST – síndrome coronario agudo sin elevación de ST- evolución; trastorno de adaptación con síntomas depresivos de larga evolución y enolismo. Además, presentaba historial de larga evolución de problemas osteoarticulares a nivel de columna y miembros tanto superiores como inferiores y seguimiento en consultas externas del Hospital Universitario El Escorial-HUEE-, por patología de rodilla, desde 2017.

Así, en noviembre de 2017, se le realizó una RNM de columna y el estudio de los espacios intervertebrales mostraron datos de pedículos cortos en los espacios L2-L5, además se asociaba espondiloartrosis y abombamientos discales, por lo expuesto se informó de las siguientes alteraciones:

-Espacio L2-L3: abombamiento discal amplio posterolateral derecho, que ocasionaba compromiso recesal y foraminal de ese lado.

-Espacio L3-L4: Se objetivaba estenosis del conducto raquídeo con imagen de hernia posterocentral y espondiloartrosis, que ocasionaban compromiso recesal bilateral.

-Espacio L4-L5: También se observaba estenosis de canal, aunque en menor grado, así como espondiloartrosis de predominio izquierdo con compromiso recesal y foraminal bilateral, más llamativo en el lado izquierdo.

-Espacio L5-S1: artrosis facetaria bilateral, a descartar radiculopatía de miembro inferior derecho.

Ante tales evidencias, el 9 de enero de 2018 se solicitó interconsulta con Neurocirugía para valoración de cirugía en paciente con gonalgia bilateral, claudicación de la marcha severa y estenosis de canal lumbar severa L2-L4.

Ante la persistencia del dolor en ambas rodillas, predominando el de la derecha, se realizó RNM con el siguiente diagnóstico: *“en rodilla derecha rotura inestable de menisco interno, rotura degenerativa del cuerno anterior de menisco externo y condropatía grado 3-4; en rodilla izquierda menisectomía parcial previa y condropatía grado 4”*.

El estudio radiográfico denotó gonartrosis en ambas rodillas.

Tras el diagnóstico y ante la sintomatología que presentaba el paciente se indicó el tratamiento quirúrgico artroscópico de la rodilla derecha y el paciente firmó el documento de consentimiento informado, donde constaban explicitados diversos riesgos y complicaciones. Ente ellos:

“Derrames articulares.

-En pacientes con lesiones degenerativas asociadas: artrosis, persistencia o incremento de las molestias propias de la patología.

-Infección articular que precisaría nuevas operaciones

-Rigidez de la rodilla”.

El día 24 de febrero de 2018, fue intervenido por cirugía artroscópica de la rodilla derecha, en el HUEE, realizándole una menisectomía de ambos meniscos y limpieza articular. Como la evolución fue satisfactoria, resultó dado de alta el mismo día.

Cuatro días después, el 28 de febrero de 2018, fue llevado a Urgencias del HUEE y se le diagnosticó una artritis séptica, por lo que fue ingresado para lavado artroscópico de urgencia y se le pautó antibioterapia intravenosa (IV), con augmentine 1 g +gentamicina 240.

Dada la persistencia de drenaje purulento se realizó un nuevo lavado artroscópico el día 5 de marzo de 2018.

El cultivo del material seroso mostro la presencia de *Estafilococo aureus*, por lo que durante todo el ingreso permaneció en tratamiento con antibioterapia IV, por resultar sensible ese microorganismo a ambos antibióticos.

Durante el ingreso se instó, insistentemente al paciente para que realizara la movilización activa de la rodilla, con escasa colaboración por su parte y se le prescribió artromotor.

Según consta, en 4 ocasiones se le colocó catéter epidural para el dolor, consiguiendo movilidad completa (arco de 0° - 120°), mientras estaba colocado el catéter.

El 13 de marzo de 2018 se efectuó un nuevo cultivo, resultando ya estéril y, constando la evolución favorable del paciente, recibió el alta el día 29 de marzo, para continuar con fisioterapia ambulatoria y recomendación sobre la importancia de realizar, además, ejercicios frecuentes de movilización fuera de las sesiones de fisioterapia.

El 16 de abril de 2018, acudió a revisión en consulta, presentándose en silla de ruedas con incapacidad para flexión de la cadera contra gravedad y extensión de rodilla. Se anotó que, *cooperaba poco con fisioterapia*.

Se comentó al paciente que podría ingresar y probar de nuevo con un catéter epidural, para minimizar el dolor y poder efectuar más adecuadamente la fisioterapia, pero no quiso.

El 21 de mayo de 2019, acudió consulta de Traumatología HUEE. Continuaba en silla de ruedas y lleva dos meses con fisioterapia ambulatoria con escasa mejoría.

Se le comentó por segunda vez la opción de ingresar y probar de nuevo con el catéter epidural y, en esa ocasión aceptó.

Según lo programado, ingreso para colocarle un nuevo catéter epidural y desarrollar movilización bajo anestesia. Se le colocó el catéter epidural, aunque sin conseguir mayor movilidad, por lo que se decidió, el

22 de mayo, realizar artrólisis abierta de rodilla derecha, consiguiendo una movilidad de 10 a 95°.

La evolución postoperatoria resultó favorable siendo dado de alta el día de la fecha, con la recomendación de continuar con la fisioterapia ambulatoria y los ejercicios de flexo-extensión de la rodilla.

El informe del electromiograma del miembro inferior derecho realizado entonces mostró signos de afectación radicular crónica, no evolutiva, en los territorios musculares correspondientes a las raíces L2 a S1 derechas, siendo de intensidad moderada en L2 y leve-moderada en L3 y L5 ipsilateral, sin poder dar un grado de afectación exacto de las raíces L4 y S1 por imposibilidad para realizar una contracción al máximo esfuerzo.

El 14 de junio de 2018, acudió a consulta de Traumatología HUEE en silla de ruedas, explicando que iba a fisioterapia 3 veces por semana, logrando una flexión de rodilla de 30 a 80° y con dolor a la movilización. Tras la fisioterapia estaba mejor. También presentaba lumbociatalgia bilateral, con pérdida de fuerza del miembro inferior derecho y de la flexión de la cadera.

El día 2 de julio de 2018, acudió a Urgencias HUEE por intenso dolor e imposibilidad para la movilización de la pierna. En la exploración, se anotó: *“la rodilla flexiona 30° con extensión casi completa. Rodilla a tensión, aumento de temperatura y levemente hiperémica. Dolorosa tanto a la movilización como a la palpación. Comenta que sólo está tomando Palexia retard.*

Juicio clínico: Reagudización de gonalgia por incumplimiento terapéutico”.

Se realizó el seguimiento de la evolución en el Servicio de Traumatología, con valoraciones en consulta.

El día 28 de septiembre de 2018, el paciente acudió a consulta caminando con andador. Manifestó que seguía haciendo fisioterapia, pero que no consigue vencer el flexo. Se le habla de la posibilidad de implantarle una prótesis total de rodilla, cuando pase 1 año sin signos de infección, encontrándose en ese momento el paciente muy reacio.

Se solicitó electromiograma de ambos miembros superiores.

El 29 de octubre en consulta Traumatología, se valoraron los resultados del electromiograma, constatando:

“-Mononeuropatía periférica de ambos nervios medianos a su paso por el carpo (Sd. del túnel del carpo) de carácter desmielinizante e intensidad leve, en el lado derecho y leve-moderado en el izquierdo.

-Mononeuropatía periférica, de carácter desmielinizante con componente axonal asociado, del nervio cubital derecho a su paso por el codo, con marcada afectación del componente sensitivo, de evolución crónica y de intensidad moderada.

No se quiere operar de la neuropatía cubital que es lo que más le molesta”.

En la revisión del 17 de diciembre de 2018, se valoró la radiografía de la rodilla derecha, donde se apreció afectación del cartilago articular secundaria a la artritis séptica. Además, presentaba dolor en rodilla izquierda y lumbociática bilateral, con pérdida de fuerza en MID y de la flexión de la cadera.

En ese momento se documentó que el paciente ya estaba dispuesto para el procedimiento quirúrgico de sustitución e implante de la artroplastia total de rodilla. Se le explicó que había mayor riesgo de infección, asumiéndolo, por lo que firmó el documento de consentimiento informado.

El 25 de febrero de 2019, ingresó en HUEE y tras el estudio preoperatorio fue intervenido el 26 de febrero, realizándose una artroplastia total de rodilla derecha.

La evolución postoperatoria, así como el control radiográfico, fueron satisfactorios por lo que recibió el alta el 7 de marzo de 2019, habiendo comenzado rehabilitación hospitalaria mediante movilización articular y marcha asistida en carga parcial.

Según consta, el día 11 de abril de 2019, concedieron al paciente una incapacidad permanente total.

Consta una posterior asistencia en las Urgencias del HUEE, el día 21 de julio de 2019. Se anotó que, tras la artroplastia de rodilla ha estado haciendo rehabilitación terminando en mayo de 2019 con mejoría del rango de movilidad y del dolor: aunque, refirió aumento del dolor e hinchazón y disminución del rango de movilidad desde hace 2 semanas, sin fiebre. La radiografía de rodilla no denotaba lesiones óseas agudas, resultando sin cambios respecto a las previas.

Se cursó interconsulta a Traumatología, donde acudió por aumento progresivo de la rigidez de la prótesis implantada de la rodilla derecha y dificultad para la flexión. En la exploración se anotó que la herida quirúrgica presentaba buen aspecto, sin derrame, ni signos inflamatorios, sin dolor y sin signos de inestabilidad. Conseguía flexión a 60° y extensión completa y la radiografía de control no ofrecía cambios respecto a las previas.

El juicio diagnóstico fue de rigidez de la prótesis total de rodilla derecha, programando revisión el día 2 de agosto de 2019 y entregando volante para fisioterapia.

Posteriormente, se realizaron otras revisiones periódicas en Traumatología, pero sin mejoría de la inflamación y de la sinovitis de la

rodilla derecha, que continuaba con dolor. Se encuentran referencias de los días 19 de noviembre de 2021 y 5 de agosto de 2022.

Además, el paciente seguía presentando neuropatía cubital en las manos, más en lado derecho, con origen en los codos. También manifestaba dolor en la rodilla izquierda, constando condropatía patelar y ciatalgia derecha.

TERCERO.- Presentada la reclamación, y antes de acordar la instrucción del procedimiento conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), mediante oficio de 15 de agosto de 2022, notificado el día 30 de agosto, se requirió al reclamante para que indicara el motivo por el que consideraba que la reclamación no se hallaba prescrita, así como se le informó de la normativa reguladora del procedimiento y del sentido del silencio administrativo.

El reclamante cumplimentó el citado requerimiento por medio de escrito presentado el 1 de septiembre de 2022, argumentando que seguía acudiendo a consultas de Traumatología por el dolor y otros impedimentos en su rodilla derecha, señalando las citas de las consultas del 19 de noviembre de 2021 y el 5 de agosto de 2022, cuyos justificantes aportaba; además de otras consultas en Psiquiatría desde el 6 de octubre de 2020, en el Hospital General de Villalba, que afirma están motivadas por la misma causa.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante del Hospital Universitario El Escorial y la correspondiente a las asistencias en el Hospital General de Villalba, constando diversas asistencias al paciente en este último centro hospitalario, en el Área de Traumatología y también, en el Área de Psiquiatría, aunque no sean objeto de reproche.

Por su parte, el 1 de septiembre de 2022, se comunicó la reclamación a la aseguradora del SERMAS- folio 59-.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, ha emitido informe el jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario El Escorial, el 23 de septiembre de 2022.

En dicho informe, tras relatar cronológicamente la asistencia sanitaria dispensada al paciente, manifiesta que fue sometido a artroscopia para tratar una lesión de menisco, siendo ese el tratamiento correspondiente a su dolencia principal en ese momento y que, firmó el correspondiente documento de consentimiento informado que contemplaba la posibilidad de que sufriera infecciones, tuviera que someterse a otras intervenciones y/o padeciera rigidez de la articulación.

Sobre el diagnóstico de la artrosis séptica posterior, indica que se efectuó tan pronto como el paciente acudió a Urgencias, cuatro días después de la intervención de la artroscopia y se trató con rapidez y eficacia, mediante la combinación de los antibióticos necesarios.

En cuanto a la evolución posterior del paciente, sufriendo mayor rigidez articular y dolor, el informe indica que tal progresión no encuentra su justificación en la infección previa, enteramente solventada y que, más bien se debe a otras patologías traumatológicas progresivas del paciente; manifestando que también fue tratada adecuadamente, llevando a efecto una artroscopia de sustitución, con prótesis de rodilla total.

Consta adicionalmente incorporado un informe de la Unidad de Medicina Preventiva del Hospital Universitario El Escorial, que adiciona el *“Protocolo de preparación prequirúrgica”*, el *“Protocolo de la profilaxis antibiótica en Cirugía. 2014”*, el denominado *“Informe de esterilización El Escorial”* y el *“Informe sobre la vigilancia ambiental de los quirófanos BSAQX_2018”*, todos ellos observados en el caso analizado, según avala un informe adjunto, suscrito por un responsable de la Unidad de Medicina

Preventiva del Hospital Universitario El Escorial, de fecha 13 de enero de 2022- - folio 614.

Por su parte, la Inspección Sanitaria, en informe de 3 de noviembre de 2023, tras la descripción de los hechos, el análisis de las actuaciones practicadas y la bibliografía consultada, concluye que *“A la vista de la información aportada y tras valorar todos los informes, la correlación de los hechos, pruebas diagnósticas y la clínica, considero que la actuación realizada por los facultativos del Servicio de Traumatología del HU El Escorial, fue en todo momento adecuada en el curso clínico de este paciente”*.

Tras la emisión del informe de la Inspección Sanitaria, y mediante escrito presentado el 2 de diciembre de 2020, la reclamante solicita el impulso del procedimiento y aporta informe pericial de valoración del daño corporal, elaborado por una licenciada en Medicina y Cirugía, doctora en Medicina Legal y Forense, que cifra los daños reclamados en la cantidad de 46.619,09 euros, en los términos anteriormente señalados.

Una vez instruido el procedimiento, mediante oficio se confirió trámite de audiencia al reclamante, siendo notificado el día 23 de enero de 2024, sin que consten formuladas alegaciones finales por su parte.

Finalmente, el 25 de abril de 2024, la viceconsejera de Sanidad y Directora General del SERMAS, ha formulado propuesta de resolución en sentido desestimatorio, estimando prescrita de la acción de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- La consejera de Sanidad formula preceptiva consulta, que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 14 de agosto de 2024, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la

oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada en el Pleno de la Comisión en su sesión de 10 de octubre de 2024.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas según establece su artículo 1.1. (en adelante, LPAC).

El 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), al ser la persona que ha recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria cuestionada fue dispensada por

el Hospital Universitario El Escorial, integrado en la red sanitaria pública del SERMAS.

Por lo que se refiere al requisito temporal, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde el momento de producción del hecho que motive la indemnización o desde la fecha en que se hayan manifestado sus efectos lesivos. Como particularidad, cuando los daños tengan carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o, en su caso, desde la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, la reclamación se ha formulado el 23 de agosto de 2022, cuestionando la asistencia ofrecida al reclamante en el tratamiento de su rodilla derecha. Considera el reclamante que, su situación actual, con dolores y limitaciones funcionales, encuentra su razón de ser en las dos intervenciones que sucesivamente le fueron practicadas los días 24 de febrero de 2018 y 26 de febrero de 2019, en el Hospital universitario El Escorial.

Ateniéndonos exclusivamente al análisis temporal de las mismas y dejando al margen si la segunda intervención estuvo o no motivada por el fracaso de la primera –cuestión que tampoco parece clara a la vista del análisis de la Inspección Sanitaria- observamos que el paciente fue dado de alta de la segunda intervención el día 7 de marzo de 2019, comenzando entonces el procedimiento de rehabilitación subsiguiente, que terminó en mayo de 2019 con mejoría del rango de movilidad y del dolor, por lo que en consecuencia, la reclamación habría sido formulada fuera del plazo legalmente establecido.

Lo expuesto no contradice la evidencia de que la problemática traumatológica del paciente no se ha solucionado, puesto que mantiene problemas en su rodilla derecha; pero también en su rodilla izquierda y sufre una neuropatía cubital de ambas manos, desde el codo, condropatía

patelar y ciatalgia derecha. Tales dolencias no guardan relación con el proceso por el que se reclama y por ello las asistencias referidas a tales problemas adicionales no interrumpen la prescripción que afecta a la presente reclamación, puesto que, como establece la Inspección Sanitaria en su informe, esa *“otra sintomatología que presenta el paciente no se debe solo a su problema de rodilla, sino que también está condicionado por las otras lesiones traumatológicas que padece a nivel de columna y de miembros superiores”*.

Al margen de lo indicado, en su desarrollo procedimental, el procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital El Escorial, además de haber solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de su incorporación al procedimiento, se ha concedido el trámite de audiencia al reclamante, que no ha efectuado alegaciones finales, y, por último, se ha dictado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir la antijuridicidad del daño.

TERCERA.- En cualquier caso, aunque pudiera considerarse formulada en plazo la reclamación, no procedería el reconocimiento de la existencia de la responsabilidad patrimonial, al no concurrir los requisitos necesarios para su reconocimiento.

Así, para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la

jurisprudencia del Tribunal Supremo. Es, por tanto, al reclamante a quien incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que le fue prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Pues bien, en este caso el reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la asistencia que le fue dispensada fuera contraria a la *lex artis*, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, sin sustento probatorio alguno. Dicha falta de esfuerzo probatorio contrasta con las explicaciones vertidas en el informe emitido por el servicio que intervino en la asistencia sanitaria cuestionada, en el que se explica que en cada momento se aplicaron al paciente las técnicas terapéuticas precisas y que se atendieron las complicaciones, cuando surgieron, con prontitud y acierto, solventándolas debidamente.

Así, el informe de la Inspección Sanitaria, explica que la artroscopia es una intervención quirúrgica, mínimamente invasiva, que se suele realizar con anestesia raquídea, que consiste en introducir un instrumento que consta de una óptica dentro de una articulación (cadera – rodilla – hombro...), que nos permitirá visualizar las estructuras anatómicas de esta articulación y valorar si existe una lesión de estas estructuras.

Una vez diagnosticada la lesión, la artroscopia nos permitirá repararlas. Así, en el caso de la artroscopia de rodilla se realizan pequeños cortes en la zona para introducir una diminuta cámara e instrumentos para realizar la cirugía. Este tipo de cirugía se encuentra indicada para atender las lesiones meniscales y las ligamentosas y cuenta como

complicaciones posibles el sangrado dentro de la articulación de la rodilla; el daño al cartílago, los meniscos o los ligamentos en la rodilla; los coágulos de sangre en la pierna; las lesiones vasculares o nerviosas; la eventual infección en la articulación de la rodilla y la rigidez de la rodilla.

Precisa el mismo informe que, si coexiste el daño de la rodilla con artritis u otra enfermedad subyacente, como ocurría en este caso, lógicamente tras la artroscopia subsistirán los síntomas de esas otras enfermedades.

También se explica que, la artritis séptica es una complicación poco frecuente, se manifiesta generalmente dentro de las 4 semanas después de la cirugía, los microorganismos causantes más frecuentes son el *Staphylococcus coagulasa negativo* y *Staphylococcus aureus*, que pueden ser resistentes a la meticilina. El tratamiento consiste en el desbridamiento artroscópico precoz, si fuera preciso, aunque puede no ser necesario retirar la plastia y aplicar antibioterapia, cuya duración óptima no está bien establecida.

Por su parte, también explica la Inspección Médica que la cirugía de prótesis de rodilla, es una intervención abierta que únicamente se realiza en casos extremos, cuando la articulación está muy dañada y la lesión no puede solucionarse con otra terapia o intervención. El motivo más común por el que se coloca una prótesis es a causa de una artrosis de rodilla (gonartrosis), que va dañando la articulación.

En esta cirugía de reemplazo, el cartílago y el hueso dañados se retiran de la articulación de la rodilla y, se colocan piezas artificiales en la rodilla. Debiendo extremar los cuidados y pautas posteriores a esta intervención para asegurar una buena recuperación y mayor duración en el tiempo; aunque, el resultado final de la cirugía probablemente será determinado por el grado del daño en la rodilla y sus estructuras aledañas, de forma que, por ejemplo, si el cartílago articular en la rodilla se ha desgastado completamente, entonces la recuperación completa puede que

no sea posible y se añade que, las eventuales secuelas – el dolor, la inestabilidad residual, la rigidez o la infección- pueden tener solución con tratamiento rehabilitador o con nuevas intervenciones.

A la vista de todo lo expuesto y trasladando las consideraciones efectuadas al supuesto analizado, observamos que este paciente, con patología columna y de miembros superiores e inferiores y en seguimiento por el Servicio de Traumatología del HUEE desde el 2017; presentaba una clara indicación quirúrgica en enero de 2018, al continuar con gonalgia bilateral, claudicación de la marcha severa por estenosis del canal lumbar L2-L4, rotura inestable de menisco interno y rotura degenerativa del cuerno anterior de menisco externo, en la rodilla derecha.

Se realizó estudio el preoperatorio y consulta preanestésica que indicó que el paciente era apto para la cirugía, de modo que se programó la cirugía de rodilla derecha el 24 de febrero en el Servicio de Cirugía Mayor ambulatoria, constatando durante la cirugía las lesiones descritas y realizándose menisectomía selectiva de ambos meniscos y limpieza de condropatía femorotibial medial y femoropatelar. El mismo día fue dado de alta, al no presentar complicaciones.

Las complicaciones infecciosas producidas posteriormente, pese a constatare la observancia en la intervención de todas las medidas profilácticas, se encuentran excluidas de la nota de antijuridicidad, al constar incluidas entre los riesgos del documento del consentimiento informado.

No obstante, la artritis séptica fue tratada rápida y eficazmente y, un año después, constando expresamente en la historia clínica una escasa colaboración en la rehabilitación posterior del propia afectado, su patología de base progresó negativamente y dada la mala evolución de la rodilla, con dolor y aumento de rigidez, se decidió acometer y una cirugía de reemplazo que, logró una movilidad de 10 a 95°, con evolución postoperatoria muy

favorable, siendo el paciente dado de alta con mucha rapidez, con la recomendación de continuar con la fisioterapia ambulatoria y los ejercicios de flexo-extensión de la rodilla.

No obstante, los logros de esta segunda intervención, las patologías subyacentes del reclamante han determinado que haya continuado la progresión de su artrosis degenerativa, situación que no debe llevarnos a pensar que la asistencia haya sido inadecuada.

Por todo lo expuesto, la Inspección sanitaria establece que *“a la vista de la información aportada y tras valorar todos los informes, la correlación de los hechos, pruebas diagnósticas y la clínica, considero que la actuación realizada por los facultativos del Servicio de Traumatología del HU El Escorial, fue en todo momento adecuada en el curso clínico de este paciente”*.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017): *“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes, que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al haber prescrito el derecho a reclamar y, en cualquier caso, al no haber acreditado la existencia de *mala praxis*, ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 10 de octubre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 618/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid