

En Logroño, el 14 de enero de 2025, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz, y de las Consejeras D.^a Amelia Pascual Medrano, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D.^a M.^a Belén Revilla Grande, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, y siendo ponente D. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

5/25

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Responsabilidad patrimonial sanitaria por secuelas neurológicas postquirúrgicas (operación de cadera, nervio ciático 245.674,11 euros)*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito, fechado el 31 de julio de 2023, la procuradora en representación de la reclamante, expuso que:

-La reclamante, con antecedentes de coxartrosis derecha evolutiva, fue ingresada en el Hospital de San Pedro el día 17 de enero de 2022 y el día 18 de enero de enero, bajo anestesia intrarraquídea, se le realiza artroplastia total de cadera derecha por el DR. 1.

-En el informe de protocolo quirúrgico, firmado por la 2ª ayudante Dra. 2, se indica:

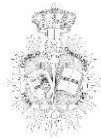
“POSICION: Decúbito lateral derecho.

VÍA DE ACCESO: Hardinge derecho.

DISECCIÓN: Por planos, incisión de unos 10 cms sobre trocánter mayor. Incisión sobre fascia. Abordaje de Hardinge entre vasto lateral y glúteo medio, Apertura de cápsula en T.

HALLAZGOS: Caxartrosis derecha.

PROCEDIMIENTO: Artroplastia total de cadera derecha con PTC Novation: componente acetabular talla 46, inserto de cerámica, componente femoral 12, cabeza S cerámica. Se realiza incisión de Hardinge localizando articulación coxofemoral derecha, evidenciando caxartrosis. Se realiza luxación controlada de cadera derecha y osteotomía de cuello femoral reglada. Se realiza fresado de cotilo,



prueba de componentes e inserción de cotilo definitivo, así como de inserto de cerámica. Se realiza fresado de canal femoral. Se comprueba adecuada estabilidad de la prótesis. Cierre por planos y grapas en piel:

RESULTADO: Satisfactoria. Prótesis estable.

INCIDENCIAS: No

COMENTARIO: No

DRENAJES: 1 redón intraarticular.

TÉCNICA DE CIERRE: Sutura de plano muscular, fascia y subcutáneo. Cierre de piel con grapas.

SITUACIÓN CLÍNICA DE SALIDA: Estable.

MUESTRAS BACTERIOLÓGICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS: NO

FIRMA DE CIRUJANO: Dra. 2”.

2. La reclamante en su escrito incorpora fundamentos del informe pericial por ella solicitado a **Dr. 3**, y que obra en el expediente como documento núm. 2.

Dicho perito va relatando en su informe lo siguiente:

“-Ingresada durante 8 días (desde el 17 al 25 de enero de 2.022), en que fue dada de alta hospitalaria, «Por referencias de la paciente, pues no hay historia clínica escrita o no se le ha facilitado la misma a la interesada a pesar de haberlo solicitado en varias ocasiones, fue visitada por diversos traumatólogos durante su estancia».

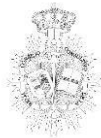
-Desde los primeros días (relata que desde el segundo), la paciente refirió sensación de pérdida de sensibilidad y de fuerza en la pierna derecha, aunque la respuesta siempre era que, «era la normal evolución de la intervención, debido a la inflamación y el dolor».

-Curas y retirada de grapas a los 15 días con persistencia de la misma clínica.

*-Revisión ambulatoria por el Servicio de traumatología del Hospital San Pedro el 18 de febrero de 2.022, se anota balance articular de la cadera y la situación en rx: «**PLAN, seguir vida normal, cita 6 meses**». Se reitera que la evolución es la esperada, aunque persiste su clínica sensitiva y motora. No se solicita prueba para comprobar la clínica referida por la paciente, tampoco se pauta tratamiento de fisioterapia.*

*-Ante la pasividad del Servicio Público de Salud y vista la evolución, y por consejos externos, el día 10 de marzo inicia fisioterapia de forma privada, siendo el fisioterapeuta (El privado) el que le aconseja realizarse un estudio electroneurofisiológico. Realizado EMG/ENG el día 30 de marzo en centro privado con la siguiente conclusión: «**lesión axonal muy severa (aparentemente total) de tronco común del nervio ciático derecho previa a su división en nervios tibial posterior y ciático poplíteo externo con afectación de ambos.** No se obtienen potenciales reconocibles al estimular ninguna rama (sensitiva ni motora) dependiente de dichos nervios _véase arriba estructuras nerviosas exploradas. Se registran signos de denervación signos de lesión axonal aguda en evolución- en ausencia de actividad motora voluntaria valorable en musculatura subsidiaria de nervio ciático derecho...».*

-El 22 de abril acude a Urgencias del Hospital de San Pedro «...acude por pie equino derecho. Refiere pérdida progresiva desde la intervención de cadera derecha. También dolor a nivel lumbar y déficit sensitivo a nivel del dorso del pie derecho, zona lateral del tobillo derecho y zona gemelar derecha. Aporta un estudio privado de ENF del 30/3/22...». Solicitada interconsulta con traumatólogo, su diagnóstico es el de «lesión del nervio ciático a estudio». Se le aconseja continuar con la fisioterapia



y el uso de férula antiequino, se pauta analgesia y se remite a nueva consulta de traumatología.

-En visita de traumatología de 6 de mayo de 2022, se indica continuar con la férula antiequino y se solicita consulta con el rehabilitador.

-Primera valoración por especialista rehabilitador el 8 de junio de 2022: «Anestesia cara lateral pierna, pie, dedos, no trastornos tróficos ni inflamatorios, no dolor al palpar, pie en equino. BAA no realiza flexión dorsal ni extensión de dedos, BM tibial anterior 0/5, eversión 0/5, extensor común dedos 0/5; extensor propio pulgar 0/5, marcha en equino incluso con el antiequino, programa tratamiento rehabilitador».

-Inicia tratamiento de fisioterapia en el Seris a días alternos el 29 de junio de 2022. Controles posteriores por rehabilitadora, quien indica «mínima mejoría» ...se nota un poco más estable. Lleva el antiequino con buena tolerancia... ha dejado el caminador, va con muleta.

-Realizado el estudio neurofisiológico de control el 27 de septiembre a petición del traumatólogo en la consulta de 12 de agosto de 2022, que concluye «Estudio ENG-EMG con hallazgos sugerentes de la existencia de una neuropatía subaguda-crónica severa del nervio ciático derecho, con abundantes signos EMG de denervación activa en la musculatura dependiente e importante signos de reinervación en el momento actual».

*-En la visita de la rehabilitadora del 25 de Octubre de 2022 se indica: «... EXPLO.-marcha con antiequino con mejor apoyo, marcha con elevación de la rodilla, sin mulete con **importante cojera** BM 1+/5, seguir con rhb». Y en la visita del 29 de noviembre «Mantenida, sin cambios, explo igual mantengo tto, en la próxima revisión explico haremos un descanso de tto, sigue con palexia 25».*

-Visitada por traumatólogo el 24 de noviembre indica resultados del ENG-EMG y en la exploración «leve contracción de Hallux. Flexión plantar 5/5. Cito en 6 meses»”.

3. Figura en la reclamación descripción de la exploración realizada a la paciente por el perito Dr. 3 el día 2 de febrero de 2023, dejando constancia de las siguientes circunstancias:

“-Realiza fisioterapia y toma analgésicos a demanda. Portadora de férula antiequino tipo «rancho de los amigos»

-Deambula, y no puede hacer largos recorridos, de forma laboriosa y con ayuda de dos muletas, pues persiste el equino a pesar de la férula.

-Amiotrofia importante a nivel gemelar, con 32 cms, de circunferencia en zona media en pierna izquierda y 28 cms. en la derecha.

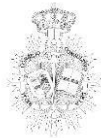
-Flexión dorsal del tobillo posible, nula flexión dorsal, no eversión, inicia la inversión del tobillo, no extensión dedos del pie.

-Balance muscular en tibial anterior 0/5, extensor común 0/5, extensor propio del 1 dedo 0/5.

-Disminución de la sensibilidad e hipoestesia en zona dorsal del pie, así como en zona lateral del tobillo y de la pierna (siempre nos referimos a la extremidad inferior derecha)”.

4. Conclusiones emitidas por el perito Dr. 3. Fundamentos que explican y argumentan la responsabilidad patrimonial que solicitamos:

“El Dr. 3, deja expuestas en su informe las siguientes conclusiones:



«Existe una relación evidente causa-efecto entre la intervención quirúrgica del 18 de enero de 2022, colocación de prótesis total de cadera derecha, y la afectación del nervio ciático común derecho.

Dicha alteración la entendemos como una complicación para ese tipo de cirugía, siendo su frecuencia según la bibliografía consultada de aproximadamente de 0,25% (alteraciones neurológicas, tanto del nervio ciático como del nervio femoral).

De los estudios de EMG/ENG se deduce que la patología es una neuropatía severa del nervio ciático derecho. Por el tiempo transcurrido entendemos que la recuperación de la patología neurológica es ciertamente improbable.

No obstante ser una complicación conocida para este tipo de intervenciones, y recogida en el consentimiento informado, entendemos que a pesar de ello estamos obligados a realizar todas nuestras actuaciones dentro de los parámetros normalizados.

Dentro de las complicaciones que afectan a este tipo de cirugía, la misma la podemos encuadrar dentro de la clasificación que llamamos complicaciones precoces, pues desde los primeros días postquirúrgicos ya se manifestó en el propio hospital y antes del alta).

No es asumible que, siendo una complicación precoz, y a pesar de las advertencias de la paciente, no se recoja la misma sino tras varias visitas y al acudir la paciente a Urgencias por un aumento de su clínica dolorosa y con estudio electromagnético realizado, previamente y de forma particular, por la propia paciente.

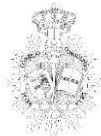
Por todo lo anterior entendemos que, al no haber un diagnóstico precoz, y a ser posible etiológico, ha supuesto una pérdida de oportunidad para iniciar el tratamiento inmediato (medicamentoso, farmacológico, e incluso quirúrgico) y evitar las manifestaciones clínicas actuales» ...”.

En cuanto a las consecuencias que, a su juicio, se derivan de la asistencia prestada, la reclamante entiende en su escrito, que la negligencia del servicio de traumatología del Hospital de San Pedro es evidente:

*“a) La afectación del nervio ciático es un riesgo en la intervención de prótesis de cadera expresamente recogido en el consentimiento informado. Precisamente por ello y, manifestando por la paciente desde el día siguiente a la intervención quirúrgica, estando hospitalizada en San Pedro, sensación de pérdida de sensibilidad y de fuerza en la pierna derecha, **era obligado para dicho servicio de traumatología llevar a cabo ya desde ese instante las pruebas diagnósticas oportunas para comprobar si había resultado afectado o no el nervio ciático**, y no limitarse a decir que todo estaba en orden y que «era normal la evolución de la intervención, debido a la inflamación y el dolor» como erróneamente indicaron.*

*Al respecto, tenemos que criticar, respetuosamente el contenido de algunos informes por los servicios del Hospital San Pedro cuando indican “...**paciente refiere inicio de los síntomas desde el alta en HSP por PTC derecha...**” pues ello es absolutamente incierto, ya que dichos síntomas fueron expresamente manifestados por la reclamante al día siguiente de ser intervenida, y lo repitió cuantas veces fue objeto de visita por los traumatólogos entre el 18 y el 25 de enero de 2022 en que permaneció hospitalizada.*

b) Consta en el historial, a mayor abundamiento, que a los 15 días aproximadamente acudió al hospital



San Pedro para que le retirasen las grapas, y con ocasión de ello, volvió a manifestar la actora sus síntomas sin que se adoptara medida alguna por el Hospital.

c) Consta igualmente en el historial, la “Revisión ambulatoria por el Servicio de traumatología del Hospital San Pedro el 18 de febrero de 2022, donde se anota el balance articular de la cadera y la situación en rx: PLAN, Seguir vida normal, cita 6 meses” donde la actora volvió a quejarse de los mismos síntomas que iban claramente en aumento, y nada hizo el Hospital de San Pedro.

d) Ante la pasividad del Hospital de San Pedro y de su servicio de traumatología, la paciente acudió al Centro de Fisioterapia Avanzada NOBA PHYSIO que emitió documento, con fecha 11-8-2022, que indica: “la paciente acudió a finales de marzo de 2022 al Centro, donde claramente se observó una severa afectación funcional del miembro inferior dcho, ausencias sensitivas y motoras, acompañado de dolor intenso, sintomatología derivada de su intervención quirúrgica de prótesis de cadera y comprobada por electromiografía privada.

Nuestro proceso de tratamiento consistió en disminuir el dolor, mejorar la movilidad y sensibilidad alterada de toda la pantorrilla y pie, estimular las ramas nerviosas afectadas, recomendación de ortesis antiequina, ejercicios domiciliarios...”

e) En fecha 3-2-2023, la paciente solicitó en Rioja Salud, oficina de atención al paciente, «El historial médico, historia, anestesista, protocolo quirúrgico, visitas especialistas, enfermería... etc., en relación a la intervención quirúrgica realizada el día 18-1-2022».

Por el Servicio Riojano de Salud se entregaron los informes médicos relativos a dicha intervención quirúrgica que nos ocupa, pero no se entregó ni un solo informe de las visitas de que fue objeto mi mandante por los traumatólogos y enfermeras durante su hospitalización (del 17 al 25 de enero de 2022), ocultación de información inadmisibles.

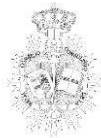
Rioja Salud, consciente de que se pedía el historial para estudiar la reclamación, tuvo especial cuidado en manifestar en algunos informes que la paciente no manifestó síntoma alguno sino hasta después de recibir el alta hospitalaria, lo que no es verdad, como tuvo especial cuidado en omitir en la entrega del historial médico los informes o notas de las visitas efectuadas por los traumatólogos y enfermeras durante todo el período de hospitalización”.

5. Por lo que hace a la indemnización solicitada, se estima en la cantidad de 245.674,11 euros, con la valoración desglosada en la siguiente cuantificación del daño:

Por daño personal:

227 días de perjuicio personal grave x 89,27 €/día.....	20.264,29 €
89 días de perjuicio personal moderado x 61,89 €/día.....	5.508,21 €
35 puntos de secuelas fisiológicas	62.003,70 €
18 puntos de perjuicio estético.....	22.548,20 €
Pérdida de calidad de vida grave en grado medio	
De 47.620,25 hasta 119.025,61 €	83.317,91 €
Necesidad de ayuda de tercera persona.....	10.541,80 €
Total indemnización por daño personal.....	244.184,11 €

Por gastos soportados:



Electromiografía (RM Logroño), factura 30/03/22.....	200,00 €
Rehabilitación Noba Physio, factura de 11/8/2022.....	480,00 €
JL Ulecia Iruzubieta (clases privadas recuperación)	810,00 €
Total gastos.....	1.490,00 €

INDEMINIZACIÓN TOTAL: 244.184,11 € + 1.490 €.....245.674,11 €

6. A su reclamación el interesado acompañó documentación de la autorización para ser representada entre otros, por la citada procuradora, con fecha 3 de marzo de 2023.

Segundo

El día 4 de agosto de 2023, el Sr. Secretario General Técnico de la Consejería consultante dicta Resolución por la que tiene iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

Mediante escrito de 7 de agosto de 2023, del Sr. Instructor del expediente se comunica a la representante de la reclamante diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Ese mismo día, requirió a la Dirección del Área de Salud del Hospital de San Pedro (HSP), cuantos antecedentes y datos existieran relativos a la atención prestada a la paciente, su historia clínica -relativa *exclusivamente* a la asistencia objeto de la reclamación-, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada.

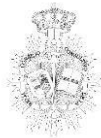
Con fecha 18 de octubre de 2023 y con registro de entrada al día siguiente, se remite de la Dirección del Área de Salud del Hospital de San Pedro (HSP), la documentación solicitada sobre la reclamación presentada, en la que se incluye, además de su Historia Clínica, los siguientes informes:

i) Informe del Dr. 1, del Servicio de Traumatología del HSP de fecha 6/10/2023, en el que expresa, entre otras, las siguientes precisiones:

“La paciente acude a mi consulta de traumatología en julio de 2021 por un proceso de coxartrosis derecha y es puesta en lista de espera para una prótesis total de cadera derecha, dada la importante clínica que presentaba desde el inicio.

En el consentimiento informado de la paciente tras explicársele el proceso de prótesis de cadera por coxartrosis, firmado por ella el día 18/07/2021 según consta en Selene y adjuntada una copia para ser leída nuevamente en su domicilio, y con la posibilidad de revocarlo en todo momento, se incluye como posible riesgo típico:

«Lesión de los nervios de la extremidad, ciático y crural fundamentalmente, que puede condicionar una



disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva».

Si bien, efectivamente es una lesión poco frecuente, puede ocurrir en un pequeño porcentaje de intervenciones de cadera.

Consultada la bibliografía correspondiente, el porcentaje de lesión del nervio ciático en artroplastia primera de cadera, oscila entre el 0,6 y el 1%....

Durante la intervención llevada a cabo el día 18/01/2022, ninguno de los tres cirujanos advirtió una lesión nerviosa evidente grave, de tipo III o axonotmesis /clasificación de Seddon) ya que de haber sido así, se hubiese procedido a la reparación urgente/inmediata de la misma.

Queda plasmado en el protocolo quirúrgico del 18 de enero que no hubo incidencias en la intervención.

Desde la constatación de la lesión, que muchas veces es progresiva, de instauración lenta y de difícil diagnóstico, se han seguido las pautas de tratamiento recomendadas en la bibliografía consultada. No se advirtió una lesión de tipo III, ni un sangrado o hematoma en la zona que precisasen tratamiento urgente inmediato para descompresión del nervio ciático, tal como se recomienda en la bibliografía consultada. Tampoco se constató intraoperatoriamente un alargamiento de la extremidad que pudiese producir una tracción excesiva del nervio ciático no se utilizó cemento para la colocación de la artroplastia que pudiese producir una lesión térmica en el mismo.

Según las directrices actuales, el tratamiento normalmente seguido debiera ser conservador: rehabilitador y con ayudas para la marcha como férulas y seguimiento de la paciente, como se realizó una vez constatada la lesión”.

Además, se adjunta en el presente informe:

a) Las notas de varios facultativos en el postoperatorio inmediato de la paciente durante su estancia de los siete días siguientes hasta el alta a domicilio.

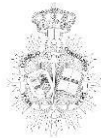
b) La valoración de fecha 22/04/2022 en la que se constata la lesión ciática a estudio, confirmada con una ENG, realizado de forma privada.

c) En relación a la solicitud de la paciente de informes médicos, con fecha 20/12/2022, se realiza un informe con todos los evolutivos en traumatología, como queda reflejado en Selene.

Finaliza el informe:

“Las revisiones en mi consulta de traumatología ascienden a 5 desde el postoperatorio. En ellas siempre he intentado ayudar en lo posible a mi paciente ya que, en este tipo de lesiones, aunque son poco frecuentes, suponen un importante perjuicio”.

ii) Informe del Dr. 4, del Servicio de Traumatología del HSP de Logroño, de fecha 06/10/2023, en que consta lo siguiente:



“La paciente fue intervenida el día 18 de enero de 2022 sometiéndose a una artroplastia total de cadera derecha.

Durante su ingreso en planta de traumatología, la paciente sufre un mareo con pérdida de conciencia el 19 de enero sin alteración de constantes vitales del cual la paciente se recupera.

Se realizan 5 hemogramas postquirúrgicos hasta el día del alta hospitalaria presentando niveles aceptables de hemoglobina con contexto de paciente intervenida de artroplastia total de cadera.

Aún así, la paciente sigue presentando mareos sin pérdida de conciencia probablemente ortostáticos al intentar deambular por la habitación por indicación médica.

En mi visita el día 25 de enero de 2022, la paciente presenta mejor tolerancia a la deambulación, no refiere sentirse mareada, tiene apósitos que cubre la incisión quirúrgica limpios y relata un dolor controlado con analgesia pautada por lo que decido alta a domicilio al considerarlo una situación clínica correcta el séptimo día de una intervención de artroplastia total de cadera.

No queda reflejada en ninguna nota de mis compañeros de traumatología ni enfermería que visitaron a la paciente los días previos la existencia de un déficit motor en la extremidad intervenida”.

iii) Informe del Dr. 5, del Servicio de Traumatología del HSP de Logroño, de fecha 10/10/2023, que expresa lo siguiente:

“La paciente acudió el 22/04/2022 a consulta externa remitida desde Atención Primaria por trastorno de la marcha (paresia pie derecho), refiere inicio de los síntomas desde alta en HSP por PTC derecha, pero que han ido en aumento las últimas semanas. A la exploración presenta anestesia en dorsolateral pie y pierna derecha, con déficit flexión dorsal (TA, EHL y EDC 0/5; Aquiles, PLL 3/5) aporta estudio electromiográfico realizada de forma privada, donde se constata lesión nervio ciático a estudio.

Refiere intervención quirúrgicos; artroplastia total de cadera el 28/01/22 y al descartarse patología lumbar como causa posible de la paresia pie derecho, se le aconseja continuar con fisioterapia para movilización pasiva del MID, férula antiequino, así como analgesia para control del dolor de tipo neuropático.

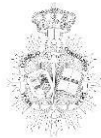
Se le cita de forma preferente para revisión en Consulta externa en 2 semanas con Dr. 1”.

iv) Informe de la Dra. del Servicio de Rehabilitación, con fecha 18/10/2023, que expresa lo siguiente:

“Remiten de traumatología paciente intervenida de cadera dcha. (60 años) – PTC en enero con lesión del nervio ciático.

-La paciente refiere inicio de los síntomas desde la intervención (PTC derecha 28/01/22) pero han ido en aumento en las últimas semanas. A la exploración presenta anestesia en dorsolateral pie y pierna derecha, con déficit flexión dorsal.

-EMG realizada de forma privada (no aporta) con DG de Lesión nervio ciático a estudio. Está haciendo fisio privado con nula respuesta (lleva dos meses).



-Le han recetado férula antiequino. Analgesia con palexia 25 mg. Cada 12 h. para control dolor neuropático. Marcha con caminador.

-EXPLO anestesia cara lateral pierna, pie, dedos, no trast troficos ni inflamatorios, no dolor al palpar, pie en equino, BAA no realiza flex dorsal ni ext dedor, no realiza eversión, inicia inversión, BM tibial ant 0/5, eversión 0/5, ext común dedor 0/5, ext propio pulgar 0/5.

-Marcha en equino incluso con el antiequino. Programo tto rhb.

-3-8-22 me trae el EMG de marzo – lesión axonal muy severa (aparentemente total del tronco común del nervio ciático dcho. Esta igual, muy poca mejoría respecto a la explo anterior. Seguir en tto, solicito EMG.

-16-9-22 le hacen la EMG el 27 de sept. Mejoría tras la rhb, se nota un poco más estable, lleva el antiequino con buena tolerancia, al caminar y echar peso sobre pie, baja el talón bastante, aunque no cede por completo el equino. Ha dejado el caminador, va con una muleta.

-4-10-22 le han hecho el EMG, no han puesto el informe. Se marcha de vacaciones, suspendo tto, doy consulta a la vuelta para ver EMG y reiniciar gimnasio.

-25-10-22. Estudio ENG-EMG con hallazgos sugerentes de la existencia de una neuropatía subaguda-crónica severa del nervio ciático derecho, con abundantes signos EMG de denervación activa en la musculatura dependiente e importantes signos de reinervación en el momento actual.

-EXPLO – marcha con antiequino con mejor apoyo, marcha con elevación de rodilla, sin muleta con importante cojera, BM 1+5 seguir en rhb.

-29-11-22 mantenida sin cambios, explo igual. Mantengo tto, en próxima revisión explico haremos un descanso en tto. Sigue con palexia 25/12 h. Se queja de molestias lumbares mecánicas, le pido RX. RX lumbar- cadera elevada, escoliosis postural lumbar, signos degenerativos. Va al gimnasio varios días a la semana.

-10-3-23 Esta igual, sigue con molestias lumbares y en ciático derecho. Sigue con la palexia, le hablo de gabapentina, prefiere esperar. Vamos a probar la piscina.

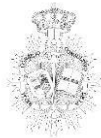
-17-5-23 la piscina le ha ido muy bien st para la columna lumbar. Le pauto otra tanda”.

Cuarto

Con fecha 26 de octubre de 2023 el Instructor remite a Dirección General de Prestaciones y Farmacia escrito para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación a fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Quinto

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la aseguradora del SERIS,



emitido el 29-10-2023 por *CRITERIA* y, en particular, por Doctores, Especialista en Cirugía general y Cirugía Ortopédica y Traumatología y Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, que, tras un detallado examen de la asistencia dispensada al paciente establece, entre otras, las siguientes conclusiones:

“1. Paciente portadora de una coxartrosis, cuyo tratamiento es quirúrgico dado el estudio de la misma, no estando indicado otras terapias.

2. La indicación quirúrgica está perfectamente establecida por la clínica de la paciente.

3. Se le informa verbalmente y por el consentimiento informado de las posibles complicaciones, entre ellas las neurológicas.

4. El protocolo quirúrgico no muestra incidencias.

5. El perito de la paciente no ha tenido acceso a la historia clínica como lo describe en su informe y se basa en la anamnesis y exploración de la paciente.

6. Tanto la historia electrónica de enfermería y de los facultativos durante la hospitalización, no comentan nada de la afectación neurológica.

7. Igualmente, en la primera revisión en consultas externas al mes de la cirugía, tampoco presentó patología neurológica de su miembro inferior derecho.

8. A los dos meses y medio de postcirugía, voluntariamente acude a tratamiento fisioterapéutico privadamente y se le diagnostica mediante la clínica y estudio neurofisiológico de axonotmesis aguda.

9. Posteriormente la asistencia médica de su lesión nervioso, se efectúa en la sanidad pública por servicios de Rehabilitación y COT.

10. En el control neurofisiológico a los ocho meses de la cirugía aparecen signos de reinervación.

11. Desconocemos su situación clínica de la lesión nerviosa al año de la cirugía.

12. Igualmente, desconocemos la etiología de la axonotmesis, pues aparece a los dos meses de la cirugía y puede ser compatible con una fibrosis postquirúrgica.

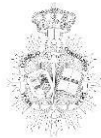
13. Es una complicación quirúrgica descrita en el consentimiento informado

14. La actuación en la sanidad pública se ha realizado según lex artis”.

Sexto

Con fecha 9-4-2024 consta en el expediente el informe de la Inspección médica, que, después de realizar una descripción de los hechos acaecidos, establece las siguientes conclusiones:

“1. La paciente presenta, de acuerdo con el diagnóstico del Sº de Traumatología del HUSP, secuelas de lesión de nervio ciático derecho tras la intervención quirúrgica para colocación de prótesis total



de cadera derecha.

2. En la literatura médica se encuentra descrita la lesión del nervio ciático como complicación de cirugía para implante de prótesis total de cadera.

3. El diagnóstico de coxartrosis grado II de la clasificación de Tonnis a la paciente fue correcto. Igualmente fue correcta la indicación quirúrgica (prótesis total de cadera), atendiendo al grado de dolor, limitación funcional que la paciente presentaba y al fracaso del tratamiento conservador previo.

4. La paciente fue informada acerca de la patología que presentaba del tipo de cirugía que se le proponía, del procedimiento de la misma, consecuencias seguras y riesgos típicos de la misma, entre los que, en el documento del consentimiento informado que la paciente firmó, figuraba la lesión del nervio ciático, pudiendo derivarse como consecuencia de la misma, alteración de sensibilidad o parálisis, temporales o definitivas.

5. Del análisis del protocolo quirúrgico no puede concluirse que existiera durante el acto quirúrgico de implante de prótesis total de cadera derecha ninguna actuación del equipo quirúrgico contrarias a la lex artis, ni quedó registrada la existencia de ninguna incidencia quirúrgica.

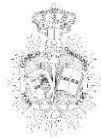
6. Durante el ingreso postoperatorio ..., no existe constancia en la historia clínica electrónica de que la paciente manifestara al personal sanitario del Sº de Traumatología alteración de la sensibilidad o de la fuerza a nivel de la extremidad inferior derecha. Tampoco consta que lo manifestara al Dr. 1 el día 18/02/2022 en la consulta externa del Sº de Traumatología, ni en la exploración que dicho facultativo realizó a la paciente se menciona alteración de fuerza y/o sensibilidad a nivel de la extremidad inferior derecha.

7. En la historia clínica electrónica de Atención Primaria... no consta que la paciente consultara con su médico de Atención Primaria en relación con alteración de la fuerza y sensibilidad de la EID (extremidad inferior derecha) en ninguna fecha posterior a la cirugía para colocación de PTC derecha.

8. La primera ocasión, tras la cirugía, en la que consta en la historia clínica que [la reclamante] manifestase alteraciones sensitivo/motoras a nivel de la extremidad inferior derecha es el día 22/04/2022, en el que acudió al Sº de Urgencias del HUSP refiriendo pérdida de fuerza progresiva y déficit sensitivo a nivel de dorso del pie derecho, zona lateral del tobillo derecho y zona gemelar derecha. Aportaba en ese momento un estudio privado ENF (electroneurofisiología) del 30/03/2022 con el siguiente informe: Estudio compatible con una lesión axonal muy severa (aparentemente total) de tronco común del nervio ciático derecho.

9. Tras ser diagnosticada el día 22/04/2022 de lesión del nervio ciático derecho, [la reclamante] fue objeto de un correcto seguimiento en cuanto a procedimientos diagnósticos y actuaciones terapéuticas por parte de los servicios de Traumatología y Rehabilitación del HUSP.

10. No se aprecia “pasividad del Servicio Público de Salud”, como se afirma en la reclamación, ya que en el momento en el que se detectó la patología que presentaba [la reclamante], se adoptaron las medidas diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento oportunas. Dichas actuaciones no pudieron iniciarse hasta que existió constancia de la existencia de la alteración clínica, a través de la manifestación de la paciente y subsiguientemente a través de la exploración física/pruebas complementarias”.



Séptimo

El 15-05-2024, la reclamante, por medio de su representante, presenta escrito de alegaciones por las que se reiteran en los argumentos esgrimidos en la reclamación, a los que añade los siguientes:

a) Que la razón por la que no volvió a acudir a su médico de cabecera pese a la persistencia de los síntomas fue por la confianza que tuvo respecto a las indicaciones de facultativos y enfermeras acerca de que su situación mejoraría con el tiempo.

b) Que la razón por la que en los distintos documentos de la historia clínica no figure su imposibilidad para caminar es porque esto no se hizo constar a pesar de que se refirió en múltiples ocasiones al personal médico.

c) Finalmente, reprocha que no se llevó a cabo el cribado operatorio necesario ante el alto riesgo de displasia de cadera alta, que no consta que se cumplieran las recomendaciones acerca de cómo llevar a cabo la intervención ni si la incisión efectuada durante la misma se realizó correctamente.

Octavo

En fecha 05/11/2024, se formula la Propuesta de resolución en el sentido “*Que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formula [la reclamante], porque el daño alegado, cuya reparación se solicita, no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios*”.

Noveno

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el día 7 de noviembre de 2024, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 28 de noviembre de 2024.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 10-12-2024 y registrado de entrada en este Consejo el día 11-12-2024, la Consejería de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 12-12-2024, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

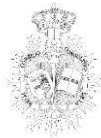
FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

1. La reclamante interesa una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 245.674,11 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

2. En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPACAP,



el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPACAP, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

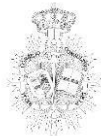
Segundo

Requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 32.1 y 34 de la LRJSP y 65, 67, 81 y 91.2 LPACAP), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

a) Responsabilidad objetiva. Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “*seguro a todo riesgo*” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro dictamen 3/07, “*la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del*



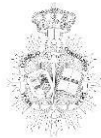
incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”.

Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo (STS), Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, ECLI:ES:TS:2005:2943, en su FJ 4º, que: “«...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», *debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*”.

b) La imputación objetiva. En relación con el criterio de imputación objetiva aplicable en materia de responsabilidad sanitaria, debe recordarse que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente, y que convertiría a la Administración sanitaria aseguradora de cualquier resultado negativo, el Tribunal Supremo (STS -Sala de lo Contencioso-Administrativo-de 13 de noviembre de 2012 ECLI:TS:2012:7272) tiene sentado el criterio de que:

“La responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, mas, en ningún caso, como garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento en que se produce el hecho acaecido pone razonablemente a disposición de la Medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario, no se deriva del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles.

En otros términos, que la Constitución determine (en su) artículo 106.2 que “los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en todo caso, el daño alegado deberá ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas, no significa que la responsabilidad objetiva de las Administraciones públicas esté basada en la simple producción del daño, pues además de éste debe ser antijurídico, en el sentido de quien lo padece no tenga obligación de soportarlo por haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento”.

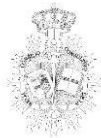


Cabe recordar que la *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de la Administración sanitaria, consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente según el estado actual de la ciencia al respecto y los vigentes protocolos profesionales de actuación. Como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007(ECLI:TS: 2007:5763 y ECLI:TS: 2007:4902):

*“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando 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 a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente..., **aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si esta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste**”.*

c) La carga de la prueba. Con independencia de lo anterior, este Consejo ha reiterado, en buen número de dictámenes que, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja número 206/2008, de 12 de septiembre (ECLI:ES:TSJLR:2008:292), que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

*“En aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 del Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (Semper necesitas probandi incumbit illi qui agit) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega (ei incumbit probatio qui dicit non qui negat) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (notoria non egent probatione) y los hechos negativos (negativa non sunt probanda). En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras). **En consecuencia, es a la parte demandante***



a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”.

d) Doctrina de la “*pérdida de oportunidades*”. A través de esta doctrina, la responsabilidad de la Administración sanitaria se produce por la merma de oportunidades o posibilidades de curación o mejora, que puede acarrear la omisión de un tratamiento o prueba, un diagnóstico errado o tardío, el retraso en la asistencia prestada o, incluso, la omisión del consentimiento informado (cfr., por ejemplo, D.38/12, D.3/14, D.13/15 o D.30/22).

En estos casos se exige que el nexo causal esté suficientemente fundado. Como subraya la STS de 18 de julio de 2016, debe concurrir “*una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto*”. O, en los términos de la STS de 20 de marzo de 2018, debe constatarse que “*la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo*”.

Tercero

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

1. En el presente supuesto, la reclamante afirma respecto a la intervención quirúrgica realizada el 18-01-2022, que existe “*una relación evidente causa-efecto entre la intervención de colocación de prótesis total de cadera derecha, y la afectación del nervio común derecho*”. No obstante, admite “*que la alteración la entendemos como una complicación para este tipo de cirugía, siendo su frecuencia según la bibliografía consultada de aproximadamente el 0,25% (alteraciones neurológicas, tanto del nervio ciático como del nervio femoral)* y sigue manifestando en su escrito de reclamación que, “*pese a ser una complicación conocida para este tipo de intervenciones y recogida en el consentimiento informado, estamos obligados a realizar todas nuestras actuaciones dentro de los parámetros normalizados*”.

Es a partir de la intervención quirúrgica y de su resultado donde se centra el objeto de la reclamación según expresa la reclamante:

i) “*Dentro de las complicaciones que afectan a este tipo de cirugía, la misma la podemos encuadrar dentro de la clasificación que llamamos complicaciones precoces, pues desde los primeros días*

postquirúrgicos ya se manifestó (en el propio hospital y antes del alta)”.

ii) *“No es asumible que, siendo una complicación precoz, y a pesar de las advertencias de la paciente, no se recoja la misma sino tras varias visitas y al acudir la paciente a Urgencias por un aumento de su clínica dolorosa y con un estudio electromiográfico realizado, previamente y de forma particular, por la propia paciente”.*

iii) *“Por todo lo anterior entendemos que, al no haber un diagnóstico precoz, y a ser posible etiológico, ha supuesto una pérdida de oportunidad para iniciar el tratamiento inmediato (medicamentoso, farmacológico, e incluso quirúrgico) y evitar las manifestaciones clínicas actuales”.*

Hay que destacar, no obstante, que el informe pericial que acompaña a la reclamación se basa en una exploración a la paciente el 2 de febrero de 2023 (más de un año después de la intervención quirúrgica), y que el propio perito manifiesta que sus valoraciones se fundamentan *“por referencias de la paciente, pues no hay historia clínica escrita o no se ha facilitado...”*. Igualmente, en las alegaciones de la reclamante, una vez consultada la historia clínica, se pone en cuestión la veracidad de las anotaciones en las que no se incluye ninguna referencia a las dolencias en las que funda la pérdida de oportunidad.

2. En relación con esta tesis, encontramos en el expediente, numerosos informes que contienen extremos que refutan las argumentaciones de la reclamante y que recogemos a continuación:

a) Informe emitido por el Dr. 1 (06/10/2023).

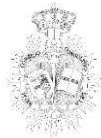
-Durante la intervención llevada a cabo el día 18/01/2022, ninguno de los tres cirujanos advirtió una lesión nerviosa evidente grave, de tipo III o axonotmesis /clasificación de Seddon) ya que de haber sido así, se hubiese procedido a la reparación urgente/inmediata de la misma.

-Queda plasmado en el protocolo quirúrgico del 18 de enero que no hubo incidencias en la intervención.

-Desde la constatación de la lesión, que muchas veces es progresiva, de instauración lenta y de difícil diagnóstico, se han seguido las pautas de tratamiento recomendadas en la bibliografía consultada. No se advirtió una lesión de tipo III, ni un sangrado o hematoma en la zona que precisasen tratamiento urgente inmediato para descompresión del nervio ciático, tal como se recomienda en la bibliografía consultada. Tampoco se constató intra operatoriamente un alargamiento de la extremidad que pudiese producir una tracción excesiva del nervio ciático no se utilizó cemento para la colocación de la artroplastia que pudiese producir una lesión térmica en el mismo.

-Según las directrices actuales, el tratamiento normalmente seguido debiera ser conservador: rehabilitador y con ayudas para la marcha como férulas y seguimiento de la paciente, como se realizó una vez constatada la lesión.

b) Informe del Dr. 4 (06/10/2023):



-En mi visita el día 25 de enero de 2022, la paciente presenta mejor tolerancia a la deambulaci3n, no refiere sentirse mareada, tiene apósitos que cubre la incisi3n quirúrgica limpios y relata un dolor controlado con analgesia pautada por lo que decido alta a domicilio al considerarlo una situaci3n clínica correcta el séptimo día de una intervenci3n de artroplastia total de cadera.

-No queda reflejada en ninguna nota de mis compañeros de traumatología ni enfermería que visitaron a la paciente los días previos la existencia de un déficit motor en la extremidad intervenida.”

c) Informe del Dr. 5 (10/10/2023):

-Refiere intervenci3n quirúrgicos; artroplastia total de cadera el 28/01/22 y al descartarse patología lumbar como causa posible de la paresia pie derecho, se le aconseja continuar con fisioterapia para movilizaci3n pasiva del MID, férula antiequino, así como analgesia para control del dolor de tipo neuropático.

-Se le cita de forma preferente para revisi3n en Consulta externa en 2 semanas con Dr. 1.

d) Informe de la aseguradora emitido por CRITERIA (29/10/2023):

-Tanto la historia electrónica de enfermería y de los facultativos durante la hospitalizaci3n, no comentan nada de la afectaci3n neurológica.

-Igualmente, en la primera revisi3n en consultas externas al mes de la cirugía, tampoco presentó patología neurológica de su miembro inferior derecho.

-A los dos meses y medio de postcirugía, voluntariamente acude a tratamiento fisioterapéutico privadamente y se le diagnostica mediante la clínica y estudio neurofisiológico de axonotmesis aguda.

-Posteriormente la asistencia médica de su lesi3n nervioso, se efectúa en la sanidad pública por servicios de Rehabilitaci3n y COT.

-En el control neurofisiológico a los ocho meses de la cirugía aparecen signos de reinervaci3n.

e) Informe de la Inspecci3n Médica (09/04/2024):

-Del análisis del protocolo quirúrgico no puede concluirse que existiera durante el acto quirúrgico de implante de prótesis total de cadera derecha ninguna actuaci3n del equipo quirúrgico contrarias a la lex artis, ni quedó registrada la existencia de ninguna incidencia quirúrgica.

-En la historia clínica electrónica de Atenci3n Primaria no consta que la paciente consultara con su médico de Atenci3n Primaria en relaci3n con alteraci3n de la fuerza y sensibilidad de la EID (extremidad inferior derecha) en ninguna fecha posterior a la cirugía para colaboraci3n de PTC derecha.

-No se aprecia “pasividad del Servicio Público de Salud”, como se afirma en la reclamaci3n, ya que en el momento en el que se detectó la patología que presentaba la paciente, se adoptaron las medidas diagn3sticas, terapéuticas y de seguimiento oportunas. Dichas actuaciones no pudieron iniciarse hasta que existió constancia de la existencia de la alteraci3n clínica, a través de la

manifestación de la paciente y subsiguientemente a través de la exploración física/pruebas complementarias.

3. Criterio del Consejo.

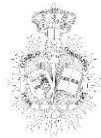
Este Consejo Consultivo comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución, por cuanto, efectivamente, tal y como señalan los facultativos que intervinieron en la atención al paciente, como la Inspección médica y el informe médico pericial concluyen que, atendidas todas las circunstancias, concurrentes, los profesionales sanitarios actuaron conforme a los protocolos, técnicas y conocimientos adecuados al caso concreto, efectuando el servicio con la diligencia debida, cumpliendo con la *lex artis ad hoc*, descartando con rotundidad la existencia de mala praxis en la atención sanitaria recibida en el HUSP.

Y eso es así, porque:

a) La reclamante, en su escrito de reclamación, considera que la afectación del nervio ciático común derecho es una complicación prevista para este tipo de cirugía y está recogida en el consentimiento informado, no obstante, considera que no es asumible el servicio público sanitario prestado, porque siendo *“una complicación precoz y a pesar de las advertencias de la paciente, desde los primeros días postquirúrgicos”* éstas no fueron recogidas ni atendidas hasta que a los tres meses (22/04/2022) que acudió a Urgencias, después de ser advertida de la lesión en un servicio privado. Por lo que, al no tener un diagnóstico precoz, se ha evitado iniciar un tratamiento inmediato, suponiendo una pérdida de oportunidad.

b) La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido aceptada por este Consejo en varios dictámenes, (por todos, D.37/23.) pero consideramos que, en este caso, no se reúnen los requisitos para su aplicación. No hemos encontrado en el estudio del expediente ni en la documentación aportada, ningún hecho comprobable que constate una vulneración de la *lex artis* que acredite una prestación inadecuada, insuficiente o negligente, por la que pudiera surgir responsabilidad sanitaria alguna; bien al contrario, todos los informes que constan en el expediente inciden en que la paciente ha tenido toda la atención y cuidados con todos los medios disponibles, no existiendo ningún daño que deba ser indemnizable.

La privación a la paciente de un tratamiento precoz no ha encontrado su fundamento en *“las complicaciones precoces”* que la reclamación alega ya que no consta en el expediente evidencia de ellas. Ni en la intervención quirúrgica, ni en la historia clínica de los siete días siguientes, antes de producirse el alta hospitalaria, ni en la revisión ambulatoria efectuada un mes después (18/02/2022), se encuentra evidencia alguna de la lesión que pudiera modificar el diagnóstico.



Por ello, no es razonable que la tesis de atribución de la responsabilidad a la sanidad pública resida en el hecho de haberse evidenciado la lesión en un centro privado, ya que no existe prueba de que se pudiera haber constatado antes de esa fecha. Máxime cuando no figura que la paciente hubiera acudido después de la intervención quirúrgica al médico de atención primaria. En cambio, se ha encontrado en el expediente una posible explicación de la tardanza de los síntomas, *“en que muchas veces la constatación de la lesión es progresiva, de instauración lenta y de difícil diagnóstico”*.

De cualquier modo, es relevante recordar que la imputación de responsabilidad en estos casos de pérdida de oportunidad, exige que el nexo causal se halle suficientemente fundado, en los términos de la STS 10 de 20 de marzo de 2018, ECLI:ES:TS:2018:1096, debe constatarse que *“la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso y el grado, entidad o alcance de éste mismo”*, no encontrando el Consejo la constatación de los citados extremos, en el presente caso.

c) En definitiva, la reclamante, no ha acreditado la existencia de un error atribuible a una asistencia sanitaria negligente, ni la omisión de pruebas exigibles, según la ciencia médica, en atención a las circunstancias concretas de la paciente, aportando únicamente una valoración subjetiva del proceso asistencial seguido, mientras que, en sentido inverso, obran en el expediente diversos juicios técnicos que descartan que, en este caso, se haya producido una actuación contraria a la *lex artis ad hoc*.

Así las cosas, quedaría excluida la responsabilidad de la Administración en atención a su actuación diligente y conforme a la *lex artis*.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no haberse acreditado la concurrencia de criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios.



CONSEJO CONSULTIVO
DE
LA RIOJA

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja, que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO DE LA RIOJA