



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **38/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 12 de febrero de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmra. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 6 de mayo de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, luego sucedido por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. **161/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante oficio de 30 de junio de 2008, el Director Gerente del hospital "Morales Meseguer", de Murcia, remitió al Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud (SMS) un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial presentado el 7 de marzo de 2008 en dicho hospital por x.

En síntesis, en el mismo éste expresa que en fecha 11 de enero de 2008 fue intervenido de implante de prótesis total de cadera derecha, y a los cuatro o cinco días de la intervención, estando todavía ingresado, llegó a la habitación un fisioterapeuta, con una acompañante, que le obligó a levantarse de la cama, a lo cual la persona que acompañaba al paciente le dijo a dicho fisioterapeuta que, por orden del traumatólogo, no podía apoyar la pierna (en el suelo, se entiende) ni andar durante 2 o 3 meses, pese a lo cual se le obligó a ello, sintiendo un fuerte dolor, por lo que inmediatamente se sentó en la cama. Añade que el dolor persistió -omite que fue alta, sin incidencias, el 18 de enero de 2008, y que reingresó el 26 de febrero siguiente, según la historia clínica-, y que en esta última fecha se le hizo un control radiológico, comprobando que había una luxación con pérdida de la fijación mediante tornillos (de la prótesis implantada, se deduce), por lo que fue nuevamente intervenido el 3 de marzo de 2008, con gran sufrimiento. Concluye su escrito solicitando conocer al citado fisioterapeuta para reclamarle daños y perjuicios (sin mayor concreción).

SEGUNDO.- Junto a la reseñada reclamación, el citado Director Gerente remite un informe de 27 de marzo de 2008, de la Supervisora de Rehabilitación, en el que, en relación con aquélla, expresa:

"... la acusación descrita no es cierta, y además induce a error, puesto que habla del fisioterapeuta en masculino, cuando su fisioterapeuta fue una mujer, también comenta que fue con un acompañante y esta fisioterapeuta ni siquiera tiene alumnos y sube a planta sola; por otro lado tenemos una hoja de fisioterapia dentro de la historia donde cada profesional escribe diariamente la evolución o incidencias del tratamiento que se realiza, para información adjunto la fotocopia de dicha hoja, en esta hoja se registró que el último día de tratamiento la sesión

fue muy bien, y que el paciente mantuvo la pierna en descarga, en ningún sitio consta que se pusiese en bipedestación al paciente".

Asimismo, dicho Director Gerente remite un informe de 3 de abril de 2008, del Jefe del Servicio de Traumatología, en el que señala que "La causa de una luxación en un rescate de PTC son múltiples y es difícil saberlo, pero tiene una incidencia del 15-20 % de los casos".

TERCERO.- En fecha 21 de julio de 2008, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la referida reclamación, la cual fue notificada a las partes interesadas.

CUARTO.- Mediante oficio de 29 de julio de 2008 el citado hospital remitió la historia clínica del paciente.

QUINTO.- Obra en el expediente un informe, de 8 de octubre de 2009, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por tres especialistas en traumatología y cirugía ortopédica, en el que, tras analizar los hechos y antecedentes del caso y formular diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1. x, con antecedentes personales de resección transuretral de próstata, glaucoma bilateral, accidente cerebrovascular con infarto del territorio de la arteria cerebral media izquierda, afasia, hemiparesia derecha y crisis convulsivas, fue intervenido en marzo de 1999 de su cadera derecha, donde había sufrido una fractura subcapital de fémur, mediante artroplastia de sustitución parcial de la cadera con prótesis bipolar, sin que en el tiempo de seguimiento hasta el alta se detectara complicación alguna.

2. En algún momento, entre noviembre de 2004 y enero de 2008, fue reintervenido de dicha cadera, realizándose bien un recambio por una prótesis total o una reconversión de su prótesis parcial a prótesis total.

3. En enero de 2008 ingresa en el Hospital Morales Meseguer de Murcia con el diagnóstico de movilización aséptica de ambos componentes protésicos, siendo reintervenido, practicándose sustitución de la prótesis y aporte de injerto óseo. En los siguientes días comienza rehabilitación en descarga. Según la familia del paciente, el 4º o 5º día postoperatorio y por decisión del fisioterapeuta, el paciente realiza carga sobre el miembro inferior derecho. Desde el punto de vista clínico esta acción no tiene ninguna consecuencia, pues, según comentarios clínicos de rehabilitación, el paciente tiene una buena movilidad de la cadera en el momento del alta 10 días después de la intervención.

4. El 26 de febrero de 2008, el paciente presenta un cuadro de luxación protésica, muy frecuente tras cirugía de recambio de la cadera y más en pacientes con daño neurológico, que disminuye de manera evidente la tensión de la musculatura que mantiene la articulación en su lugar. Se toma la decisión de una nueva intervención, posiblemente para reorientación de componentes protésicos.

5. La evolución de esta intervención es muy tórpida, con abundante supuración. Se hacen estudios microbiológicos y ante la positividad de éstos se decide realizar una cirugía de desbridamiento y limpieza de la herida, como es aconsejable en los casos de infección precoz tras una cirugía de recambio articular, añadiéndose además el oportuno tratamiento antibiótico. El paciente es dado de alta unos días después por mejoría del cuadro.

6. *El 23 de abril reingresa por reactivación del cuadro infeccioso. Se decide entonces, de manera correcta, el recambio articular en 2 tiempos, llevando a efecto el primero de ellos el 25 de abril, según técnica adecuada (Extracción de prótesis, limpieza y desbridamiento de la herida y colocación de espaciador de cemento con antibiótico).*
7. *Ante la mala evolución de la herida, con abundante secreción y formación de fistulas y cavidades, se decide dejar la cadera en resección (Girdlstone), por lo que es reintervenido el día 12 de mayo. Esta decisión es la más adecuada, dado el cuadro clínico, el estado general y la edad del paciente. En la misma intervención se coloca VAC para control del fenómeno exudativo.*
8. *Tras controlar la supuración y dado que el tratamiento con VAC implica que la herida está abierta, el 13 de junio de 2008 se procede a retirada de VAC y cobertura de la herida mediante colgajo, que efectúa el Servicio de Cirugía Plástica. En el postoperatorio, el paciente vuelve a supurar, controlándose este problema mediante curas repetidas.*

9. *No hay constancia documental de la fecha de alta del paciente.*

En definitiva, se puede descartar que el fenómeno de luxación de la prótesis pueda relacionarse con la puesta en carga del miembro inferior derecho, si es que ésta se produjo. Posiblemente tenga más relación con la infección protésica y la consiguiente movilización de los componentes del implante, que seguramente ya padecía el paciente tras la intervención de enero de 2008, aunque no hubiera en ese momento ningún criterio clínico o analítico que lo confirmara. Hay que tener en cuenta otros factores que favorecen la luxación (cirugía de recambio protésico, hemiparesia, etc.). En el resto de las actuaciones médicas sobre tratamiento de la infección, todas las decisiones tomadas se ajustan perfectamente a los diferentes estándares de tratamiento de infección protésica".

SEXTO.- Solicitado en su día informe a la Inspección Médica, fue emitido el 1 de febrero de 2013, en el que concluye lo siguiente:

"1.- x fue intervenido de rescate de PTC, por aflojamiento aséptico de la misma, el día 11 de enero de 2008, siendo alta domiciliaria el día 18 de enero por buena evolución. La radiología al alta era correcta.

2.- *El paciente presenta una luxación de la PTC, que se achaca (por el reclamante) a una movilización inadecuada por parte de fisioterapia durante el ingreso anterior. Se objetiva que el tratamiento fisioterapéutico realizado al paciente fue adecuado y con la cadera en descarga. El paciente presentaba diversos factores de riesgo para que se produjera dicha luxación.*

3.- *La luxación fue intervenida quirúrgicamente. El paciente presentó infección de la PTC, que obligó a diversas actuaciones médicas y quirúrgicas, que fueron adecuadas en todo momento".*

SÉPTIMO.- Mediante oficio de 13 de marzo de 2013 se otorgó a los interesados un trámite de audiencia y vista del expediente, compareciendo el 5 de abril de 2013 x, aportando certificado de defunción del reclamante y el Libro de Familia, acreditando ser hija de éste, junto a sus hermanos x, y, y obteniendo copia del expediente. El 9 de abril

siguiente, x, y, z, presentan un escrito en el que, en síntesis, manifiestan su voluntad, como herederos legales de su padre, de subrogarse y suceder a éste en la reclamación de referencia, a cuyo efecto niegan que sea cierto lo expresado en el informe de la Supervisora de Rehabilitación de 27 de marzo de 2008, reafirmándose por el contrario en lo manifestado en la reclamación, en el sentido de que en su día el fisioterapeuta obligó a su padre en a ponerse de pie, contraviniendo las órdenes del doctor x, según advirtió a aquél la acompañante de su padre, x, a cuyo efecto solicitan su testimonio. Añaden que la inadecuada conducta del fisioterapeuta, obligando a su padre a a ponerse de pie, produjo la luxación de cadera y la necesidad de realizar las siguientes intervenciones quirúrgicas que constan en el expediente.

OCTAVO.- El 16 de abril de 2013 la instrucción emite oficio, dirigido a los reclamantes, en el que, en síntesis, expresa que no se considera necesario proceder a la prueba testifical solicitada, admitiendo que la testigo vendría a ratificar lo alegado por el paciente, sin perjuicio de lo que la instrucción considera que en este punto cabe extraer de los informes emitidos y la historia clínica obrante en el expediente.

NOVENO.- El 22 de abril de 2013 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no existir la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, vista la ausencia de prueba pericial de los reclamantes y los informes médicos emitidos.

DÉCIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes, en cuanto acreditan ser herederos legales del paciente, que fue el inicial reclamante por los daños causados en su persona, y que falleció en el curso del presente procedimiento, están legitimados, a título de sucesión hereditaria, para continuar en el ejercicio de la acción resarcitoria contra la Administración regional (art. 31.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del

Procedimiento Administrativo Común -LPAC-), y, en consecuencia, para reclamar indemnización por los daños físicos sufridos por su causahabiente, que imputan al anormal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay objeción que señalar, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

No obstante, debió haberse requerido al Dr. x para que informase sobre lo manifestado por los reclamantes en su escrito de alegaciones, no siendo ello ahora ya necesario, por motivos de economía procesal y por las razones que posteriormente se expondrán.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "*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*". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

-La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente".

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que "la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que "los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

Como se expuso en los Antecedentes, los reclamantes consideran que existió un mal funcionamiento del servicio público sanitario en el tratamiento dispensado al paciente, ya que, según afirman, al 4º o 5º día de realizarle la intervención de colocación de prótesis de cadera el 11 de enero de 2008 en el hospital "Morales Meseguer", estando todavía ingresado, fue obligado por un fisioterapeuta a levantarse de la cama y a andar, en contra de lo establecido por el Dr. x, lo que le causó una luxación de cadera con pérdida de la fijación de la prótesis, que obligó a una nueva intervención, deduciéndose que reclaman por el posterior periodo de incapacidad temporal inherente a la misma, pues no hay ninguna manifestación más concreta de los interesados a este respecto.

Sin embargo, al margen de las carencias advertidas en cuanto a la determinación de los daños y la consiguiente falta de la concreción de la indemnización, no puede aceptarse, en todo caso, la pretensión resarcitoria que late en el fondo de las alegaciones de los reclamantes.

En primer lugar, y considerando que la historia clínica es el principal instrumento probatorio sobre el tratamiento dispensado al paciente, debe aceptarse lo expresado por el informe reseñado en el Antecedente Segundo y la Inspección Médica, no negado por los reclamantes, en el sentido de que en dicha historia no se refleja de ninguna forma que en el tratamiento rehabilitador del paciente se indicase a éste ponerse de pie al 4º o 5º día de la

intervención, sino que la rehabilitación se realizó con la pierna en descarga. Frente a ello, no puede prevalecer el eventual testimonio de la acompañante del paciente el referido día, por la relación, familiar o profesional, que cabe presumir al respecto.

En cualquier caso, al margen de tal concreto extremo, debe resaltarse que el informe de la aseguradora del SMS, sin contradicción alguna por informe pericial de los reclamantes, y frente a las meras manifestaciones de éstos, afirma (en la hipótesis de admitirse lo afirmado por aquéllos en el referido extremo) que "*desde el punto de vista clínico esta acción no tiene ninguna consecuencia, pues, según comentarios clínicos de rehabilitación, el paciente tiene una buena movilidad de la cadera en el momento del alta 10 días después de la intervención*". Añade dicho informe que "*en definitiva se puede descartar que el fenómeno de luxación de la prótesis pueda relacionarse con la puesta en carga del miembro inferior derecho, si es que ésta se produjo. Posiblemente tenga más relación con la infección protésica y la consiguiente movilización de los componentes del implante, que seguramente ya padecía el paciente tras la intervención de enero de 2008, aunque no hubiera en ese momento ningún criterio clínico o analítico que lo confirmara. Hay que tener en cuenta otros factores que favorecen la luxación (cirugía de recambio protésico, hemiparesia, etc.)*".

Junto a ello, el informe de la Inspección Médica destaca que la historia clínica no refleja dato alguno que pueda respaldar lo alegado por los reclamantes, debiendo reproducirse las consideraciones expresadas por dicha Inspección (se insiste, sin contradicción con informe pericial alguno):

"Se trata de un paciente mayor, 85 años, con antecedentes médicos de interés, entre ellos un infarto de la A. cerebral media que le dejó una hemiparesia derecha con afasia. El paciente había sido operado en dos ocasiones de la cadera derecha y en enero de 2008 es intervenido por aflojamiento aséptico de la prótesis (movimiento anormal entre el implante y el hueso que lo aloja). La intervención se realiza el día 11 de enero y se comprueba el aflojamiento, tanto del vástago como del cotilo, al paciente se le da profilaxis antibiótica. En la evolución del paciente en planta se realiza interconsulta con el S. de RHB, que valora al paciente el día 14 (flexión aprox. de 40, Rx. bien) y lo incluye en tratamiento fisioterápico.

La fisioterapeuta acude a la habitación del paciente los días 15, 16 y 17 y el día 18 el paciente es alta domiciliaria. Las anotaciones de fisioterapia recogen, el primer día, que el paciente no se sienta todavía, el segundo que lo encuentra dormido y el tercero que el paciente está mejor, que tiene buen balance, tanto muscular como articular y que la cadera está en descarga. El día 18 el paciente se va a casa de alta sin ningún dato objetivo de que tenga luxación de la prótesis, en el informe de alta se anota que la radiología de control es correcta. El escrito de reclamación, que se realiza el día 7 de marzo, argumenta que al paciente se le obligó a ponerse de pie y a caminar a los 3 o 4 días de esta intervención, pero no hay nada en la historia clínica que sustente estos hechos. Nada se recoge ni en las fichas de fisioterapia, ni en las anotaciones de los facultativos, ni en las de la enfermería (vid. al respecto las anotaciones obrantes en la historia clínica, que el informe de la Inspección reproduce textualmente). Los informes que realizan tanto la supervisora de fisioterapia como la Jefe del Servicio de RHB concluyen en que tiene que tratarse de un error.

El paciente sufre una luxación de la prótesis que se califica de inveterada y reingresa el día 26 de febrero para tratamiento quirúrgico. La luxación es la segunda complicación más frecuente después del aflojamiento aséptico en las PTC. En la literatura la incidencia se sitúa entre 1-10% tras artroplastia primaria y de 2-20% tras cirugía de revisión (situación en la que se encontraba el paciente).

Los factores de riesgo de luxación son múltiples y se solapan en la mayoría de los casos. Entre ellos se

encuentran:

Sexo: Mayor incidencia en mujeres.

Edad: A mayor edad mayor probabilidad de luxación.

Enfermedades generales (Parkinson, enfermedades neurológicas).

Fractura de cadera (laxitud de las partes blandas).

Cirugía de revisión (masa muscular inadecuada).

Enfermedad psiquiátrica.

Los mecanismos de luxación son diversos:

1. *Falta de tensión en los tejidos blandos, lo que permite que la cabeza protésica resbale sobre el polietileno y se produzca la luxación.*
2. *Impingement.*
3. *Choque del cuello contra una prominencia ósea.*

En este ingreso para ser intervenido el día 7 de marzo (mismo día que se presenta la reclamación) la enfermería recoge que el paciente presenta sangrado considerable y que la acompañante lo atribuye a la manipulación con grúa para incorporarlo.

El paciente sufrió la complicación más temida de esta cirugía, que es la infección, lo que obligó a una serie de actuaciones médicas-quirúrgicas con cirugía con tratamiento antibiótico, desbridamiento de la herida y posteriormente recambio articular en dos tiempos.

El día 25 de abril se le realizó la retirada de implante, con espaciador con antibiótico y el 12 de mayo artroplastia de resección, posteriormente se le práctica cierre con colgajo cutáneo. Todas estas actuaciones son las indicadas en el caso de infección.

Durante el ingreso el paciente fue controlado y tratado, además de por traumatología, por la sección de infecciosas y se realizaron interconsultas con otras secciones como nutrición o psiquiatría. El paciente fue alta domiciliaria el día 27 de junio.

En resumen, se trata de un paciente con antecedentes de cirugía previa sobre la cadera derecha y con factores de riesgo para que se produzca una luxación de la PTC. Los hechos que se describen en la reclamación no se objetivan. Se comprueba que el tratamiento fisioterápico fue siempre con la cadera en descarga.

El mismo día que se presenta la reclamación, también se recoge en la historia que se achaca el sangrado del paciente a la movilización con grúa del mismo, puede que se trate de una confusión de actuaciones. La actuación fue correcta en todo momento".

En consecuencia, no puede considerarse acreditada la necesaria relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que cabe deducir que se solicita indemnización, por lo que, conforme con lo expresado en la Consideración precedente, no concurren los presupuestos legales determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, por lo que la reclamación debe desestimarse.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- En el caso analizado, no puede considerarse acreditada la existencia de una infracción a la "lex artis ad hoc" sanitaria, por lo que no concurre la necesaria y adecuada relación de causalidad entre los daños afectados y el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.