



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 2 2 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 27 de noviembre de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 497/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP], haciéndolo en este caso mediante la representación acreditada de (...).

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

2. La legitimación pasiva recae en el Servicio Canario de la Salud, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó en el centro concertado (...). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste el presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada. Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, es de aplicación el art. 214 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

Como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todas, DDCCC 59/2014 y 406/2016 y 287/2017):

«(...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCAP».

3. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la interesada interpuso aquel escrito el 22 de diciembre de 2016, respecto de un daño que quedó determinando tras la realización de una tercera intervención quirúrgica el 29 de febrero de 2016, que pondría de manifiesto, según la reclamante, la incorrección de la primera, llevada a cabo el 22 de marzo de 2014.

III

1. La interesada, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que funda la presente reclamación:

“PRIMERO.- (...) fue intervenida en Hospital Policlínico (...), donde fue derivada por el Servicio Canario de Salud.

El motivo de la intervención era resolver los problemas que tenía en la rodilla izquierda.

El 22/03/2014 fue programada una artroplastia total de rodilla izquierda (...).

SEGUNDO.- Tras dicha operación, la paciente no se recuperó, pues sufría dolores importantes que le impedían hacer vida normal, y con limitación de flexión y extensión en dicha rodilla.

El 15 de agosto de 2014 (casi cinco meses después), fue intervenida nuevamente en la misma rodilla para subsanar lo que estaba mal hecho, e intentar paliar los dolores y tener más movilidad. La intervención fue por artrofibrosis y subluxación de rótula. No se solucionaron los problemas.

TERCERO.- Por este motivo, el 5 de marzo de 2015, (...) presenta una reclamación en el ámbito sanitario, al objeto de pedir una segunda opinión médica.

(...)

CUARTO.- Finalmente fue remitida al Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, cuyo informe de fecha 20/03/2015 del Dr. (...) dice así: “Paciente intervenida el 22-03-14 de gonartrosis izquierda mediante reemplazo articular con prótesis total de rodilla cementada. Fue reintervenida en la misma rodilla. En la actualidad, tras casi un año de evolución postoperatoria presenta dolor en la rodilla izquierda, limitación para la flexión a 60-70º y 10º de extensión. Precisa bastón para caminar. Sospecho mal rotación de los

componentes protésicos y recomiendo revisión quirúrgica de la misma con posible cambio de uno o de ambos componentes, se decidirá en el acto quirúrgico”.

El día 02/10/2015, el Dr. (...) del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, emite el siguiente informe:

Resumen evolutivo: paciente muy limitada por el dolor de la rodilla izquierda. Rodilla izquierda globulosa. Flexión 60°, extensión -15°. Dolor sobre metafisis tibial. Dolor femoropatelar severo. Diagnóstico de sospecha: PCR izada PS dolorosa. Comentarios a pruebas complementarias: (...) proyecciones anterior, posterior, y laterales de ambas rodillas. Rodilla izquierda con signos de hiperemia y captación ósea incrementada en torno a los componentes protésicos femoral y más intensamente tibial, así como también en el compartimento femoropatelar. Rodilla derecha con signos degenerativos. Resumen: (...) compatible con aflojamiento de prótesis de rodilla izquierda. Recomendamos correlacionar con hallazgos radiológicos y clínicos. (...).

QUINTO.- El día 19/10/2015 un nuevo informe del Dr. (...) del H. Insular dice: “ (...) En la actualidad, tras casi un año de evolución postoperatoria, presenta dolor en la rodilla izquierda, limitación para la flexión a 60-70° y de -10° de extensión. Precisa un bastón para caminar. Sospecho mal rotación de los componentes protésicos y recomiendo revisión quirúrgica de la misma con posible cambio de uno o de ambos componentes, se decidirá en el acto quirúrgico.” (...).

SEXTO.- El 29 de febrero de 2016 se la interviene por tercera vez y se le realiza en el Complejo Hospitalario Materno-Insular.

El informe realizado recoge los siguientes extremos: (...) En la evolución prequirúrgica la paciente sólo tenía un arco de movimiento de -20° a 50° y presentaba dolor en la marcha. La rótula estaba centrada en la tróclea del componente femoral protésico pero con tendencia a la inclinación lateral. En la intervención extirpamos abundante fibrosis existente y extrajimos los dos componentes protésicos que presentaban una mal rotación respecto al eje del miembro inferior izquierdo de la paciente. Implantamos una prótesis de revisión Legión y confirmamos el correcto centrado, respecto a la misma, del aparato extensor. La evolución postoperatoria, cuando lleva 5 semanas de evolución, es favorable, pues ha ganado movilidad y presenta menos dolor. Va a iniciar el tratamiento rehabilitador. (...).

SÉPTIMO.- El 14/10/2016 un nuevo informe del Servicio de Traumatología manifiesta que aunque está mejor, pues tiene más movilidad camina con bastón y se recomienda tratamiento rehabilitador. Este tratamiento rehabilitador, según le han manifestado los doctores, ayudará a que la rodilla no empeore, y tal vez evitar que la rodilla derecha, a fuerza de forzarla, no acabe necesitando tratamiento. (...).

OCTAVO.- De todo esto concluimos que la prótesis que se colocó la primera vez, se colocó mal, con una rotación inadecuada de los componentes teniendo en cuenta el eje del miembro inferior del paciente.

Algunos de los doctores que la han visto después manifestaron verbalmente a la paciente que no existía una clara indicación para colocar una prótesis total de rodilla, ya que la gonartrosis que presentaba era ligera a moderada con espacio articular válido en ambos compartimentos, en el interno más estrecho, pero con amplitud suficiente para esperar.

Igualmente le manifestaron que en la Clínica (...) no le hicieron Rx preoperatorios ni en la rodilla ni en todo el miembro inferior; teniendo en cuenta que no existía una subluxación rotuliana era necesario para determinar el eje del miembro y poder planificar la corrección. Estos Rx no están ni en el sistema informático ni en la historia clínica de la paciente. La operaron a ciegas y al parecer de manera innecesaria, dejándola coja de por vida.

NOVENO.- (...) es cuidadora no profesional de personas en situación de dependencia, en concreto de su hijo (...), que tiene una minusvalía del 100%, y desde que se produce la primera operación de rodilla no ha podido cuidarlo."

Solicita una indemnización que cuantifica en 100.000 euros.

IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 RPAPRP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan las siguientes actuaciones:

- El 9 de enero de 2017 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo

que ésta recibe notificación el 13 de enero de 2017, viniendo a aportar documentación requerida el 20 de enero de 2017.

- Por Resolución de 7 de febrero de 2017, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que recibe notificación el 15 de febrero de 2017, así como el Hospital (...).

- El 9 de febrero de 2017 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 25 de octubre de 2017.

- Mediante escrito presentado el 22 de junio de 2017, la reclamante interesa el impulso del procedimiento.

- A efectos de dictar acuerdo probatorio, el 10 de noviembre de 2017 se insta a la interesada, así como al (...)a aportar los medios probatorios de los que deseen valerse, de lo que reciben notificación el 15 de noviembre de 2018. La reclamante aporta determinados documentos el 23 de noviembre de 2017, no aportando nada el Hospital (...).

- El 2 de julio de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las solicitadas por la interesada, y, siendo todas documentales y obrando en el expediente, se declara concluso este trámite. De ello reciben notificación la reclamante y (...) el 7 y 10 de julio de 2018, respectivamente.

- El 3 de julio de 2018 se confiere a la interesada y a (...)trámite de audiencia, de lo que reciben notificación el 6 de julio de 2018, presentando alegaciones la reclamante el 20 de julio de 2018, tras haber retirado copia del expediente el 11 de julio de 2018.

- El 8 de agosto de 2018 se dicta Propuesta de Resolución provisional desestimando la pretensión de la interesada; en igual sentido consta Borrador de Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, sin fecha, que fue informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 4 de octubre de 2018. El 10 de octubre de 2018 se dicta Propuesta de Resolución definitiva en igual sentido desestimatorio.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial del SIP.

2. Es preciso, ante todo, señalar los antecedentes de la paciente que obran en su historia clínica, tal como se exponen en el informe del SIP y recoge la Propuesta de Resolución. Tales son:

- Intervenido a los 20 años de meniscectomía de rodilla izquierda. Diagnosticada de osteoporosis.

- El 26 de agosto de 2013, es remitida del CAE de Vecindario al Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil (CHUIMI), con diagnóstico de gonartrosis izquierda, rogando valoración quirúrgica.

- El 21 de septiembre de 2013, se realiza Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de rodilla izquierda: Meniscopatía, rotura de cuerno posterior menisco lateral y antigua dehiscencia del ligamento cruzado anterior con rotura completa del mismo, meniscectomía completa antigua del menisco interno, cambios artrósicos difusos, ligamento cruzado posterior elongado.

- El 12 de noviembre cita en Traumatología CHUIMI y radiografía en rodilla izquierda.

- El 10 de diciembre de 2013, se incluye en lista de espera para artroplastia total por el Servicio de Traumatología del Hospital Insular.

- Se remite al (...) para intervención quirúrgica programada, ingresando en él el día 22 de marzo de 2014 la paciente ingresa para realización de intervención de artroplastia total de rodilla izquierda. Firma documento de consentimiento informado. Bajo anestesia raquídea se realiza artroplastia total de rodilla izquierda, colocación de prótesis (PTR) Columbus PS (prótesis tricompartmental para fémur, tibia y peroné). Alta hospitalaria el 25 de marzo de 2014. Seguimiento por el Servicio de Traumatología de (...)

- Realiza 40 sesiones de rehabilitación. Tras rehabilitación, presenta dolor en rodilla izquierda en vertiente anterointerna de la misma y «limitación de la movilidad que está muy disminuida», lo que se refleja en el historial de Atención Primaria.

- Revisión nuevamente en el (...) La radiografía muestra buen estado de la artroplastia de rodilla. Los médicos solicitan opinión y evalúan la mala evolución sufrida por la paciente con Traumatólogo del CHUIMI, que refiere en informe: «que en ese momento se planteó el recambio de prótesis, centrando el aparato extensor en la nueva prótesis, pero conjuntamente con la paciente se eligió esta opción que no bloqueaba el posible recambio futuro si no se alcanzaban los objetivos, ya que entrañaba menos morbilidad».

- El 11 de agosto de 2014 reingresa en (...), donde es intervenida, realizando Artroscopia. Firma documento de consentimiento informado. En la Artroscopia se observa una intensa artrofibrosis articular, posteriormente por cirugía abierta, se realiza artrofibrolisis con ganancia de movilidad articular y centrado del aparato extensor. Alta el 15 de agosto de 2014.

- Realiza 30 sesiones de rehabilitación. El 20 de noviembre de 2014 es valorada por el Servicio de Rehabilitación. Se hace constar que la paciente se encuentra mal por limitaciones de movilidad, por falta de fuerza e inflamación.

- El 11 de diciembre de 2014 en consulta de Traumatología del CHUMI, refiere dolor y limitación funcional en rodilla intervenida. Cursa rehabilitación pautada.

- En marzo de 2015 en consulta de Traumatología del CHUIMI consta: «Dolor y limitación funcional en rodilla izquierda, limitación para la flexión, se recomienda recambio de PTR», es incluida en lista de espera y se realiza radiografía.

- El 5 de marzo de 2015 la paciente pide segunda opinión, se le remite al Servicio de Traumatología del Hospital Dr. Negrín. Éste la valora y solicita Gammagrafía ósea. El 9 de junio de 2015 se realiza Gammagrafía en el Hospital (...) en la que «No se evidencian signos gammagráficos de infección en torno a la prótesis de rodilla izquierda, los hallazgos gammagráficos podrían traducir aflojamiento de la prótesis o justificarse por la persistencia del remodelamiento óseo secundario a su reciente implantación».

- El 2 de octubre de 2015 en Servicio de Traumatología del Hospital Dr. Negrín se emite informe tras la valoración de la paciente, que indica como juicio diagnóstico: «Compatible con aflojamiento de prótesis de rodilla izquierda sin signos gammagráficos de infección, recomendamos correlacionar con hallazgos radiológicos y clínicos».

- La paciente es valorada, posteriormente, en el CHUIMI. En lista de espera para revisión de prótesis de rodilla.

- El 19 de octubre de 2015 en el Servicio de Traumatología del CHUIMI se anota: «Sospecha de mal rotación de los componentes protésicos y recomienda revisión quirúrgica de la misma con posible recambio, que se decidirá en el acto quirúrgico».

- El 14 de febrero de 2016 ingresa en el CHUIMI para recambio de prótesis, pero debido a causas de programación, se suspende la intervención y la paciente se va a su casa hasta que se re programe la misma.

- El 15 de febrero de 2016 firma documento de consentimiento informado.

- El 28 de febrero de 2016 vuelve a ingresar para recambio de prótesis de rodilla izquierda, realizándose la intervención el 29 de febrero de 2016. Consta: «Encontramos una rodilla con una flexión de 50 grados, los componentes de la prótesis primaria de rodilla izquierda estaban en rotación interna según el eje de la extremidad. Extraemos los componentes y colocamos prótesis de revisión Legión. Se extirpa la abundante fibrosis existente y se extraen los dos componentes protésicos».

- La paciente realiza rehabilitación ya ingresada y sigue en valoración por Traumatología. Tras recibir alta sigue control en el Servicio de Rehabilitación. Debe seguir utilizando bastón, por recomendación del Servicio de Traumatología, de 31 de marzo de 2016.

- El 5 de mayo de 2016 consta: «No dolor, menos contractura muscular».

- El 9 de junio de 2016 se realiza radiografía de control.

- El 14 de junio de 2016 el médico rehabilitador indica que existe dolor en la palpación y movilización de la rodilla izquierda, limitada los últimos grados de extensión, marcha claudicante con una muleta, actualmente en rehabilitación en centro concertado.

- Tras alta por el Servicio de Rehabilitación, por consejo del cirujano para reposo de la articulación, sigue controles con el Servicio de Traumatología.

- El 14 de octubre de 2016 consta en consulta traumatológica: «molestias ligeras, sigue en rehabilitación acuática». Así continúa hasta el 9 de febrero de 2017, constando en consulta traumatológica: «Tras un año de evolución postoperatoria camina sin bastón en casa, en la calle con un bastón. Molestias de variable intensidad. Se realiza radiografía de control».

3. A la vista de tales antecedentes y en virtud de los informes evacuados a lo largo del procedimiento, la Propuesta de Resolución, concluye la adecuación a la *lex*

artis de la asistencia prestada a la paciente. A tal efecto se distinguen tres aspectos en la reclamación de la interesada: la falta de necesidad de la primera intervención, la falta de las pruebas previas precisas, y la mala realización de la intervención por colocación inadecuada de la prótesis. Así se señala:

1) En relación con la innecesariedad de la operación:

«Antecedentes de la paciente y justificación de la intervención.

El SIP considera de interés los antecedentes que afectan a la rodilla de la paciente: Ya en su niñez estuvo hospitalizada por caída y golpe en la rodilla y pierna izquierda. Posteriormente, a los 20 años, le realizan meniscectomía del menisco interno de la pierna izquierda, ya que presenta rotura de menisco, sin traumatismo previo. A los 50 años, la rodilla de la paciente presenta procesos degenerativos de artrosis, también afecta de osteoporosis, con tratamiento médico. En RMN realizada en septiembre de 2013 presenta cambios artrósicos difusos, menisco lateral externo parcialmente seccionado, ausencia de ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior elongado, meniscectomía previa de menisco interno. Por tanto, la rodilla intervenida y reintervenida posteriormente, es una rodilla dañada desde hacía años, crónicamente, con cambios en tejidos inflamatorios y de adaptación consecuentes.

La intervención que la interesada considera innecesaria, estaba totalmente justificada: Las pruebas diagnósticas realizadas objetivaban gonartrosis, la paciente ya estaba intervenida de menisco, tenía fractura en el menisco lateral, además de una afectación tendinosa del ligamento cruzado posterior y dehiscencia del ligamento cruzado anterior».

2) En relación con la ausencia de las pruebas previas precisas para la intervención:

«Tanto el traumatólogo del CAE de Vecindario, como los Traumatólogos del CHUIMI, como los del Hospital (...), valoran realizar intervención quirúrgica. En cuanto a la omisión de pruebas diagnósticas, previas a la primera intervención. La principal prueba diagnóstica en el caso de la patología que presenta la paciente, es la RMN, que se realiza en el 2013 y también exploración clínica.

Además, la intervención, objeto de reclamación, se realiza con el consentimiento de la paciente y así se constata con su firma en el Documento de Consentimiento Informado, de 22 de marzo de 2014, donde además se le advierte que entre las complicaciones de este tipo de intervenciones puede encontrarse: la necesidad de una nueva intervención, la existencia de dolor posterior, la rigidez articular, etc.».

3) En cuanto a la inadecuada colocación de la prótesis se señala en la Propuesta de Resolución:

«La consecuencia de la evolución con rigidez y pérdida de movilidad, tras la primera intervención de artroplastia total de rodilla, está causada por la fibrosis articular postquirúrgica.

Cinco meses después, la segunda intervención mediante artroscopia evidencia la intensa artrofibrosis articular que padece, realizándose por cirugía abierta una artrofibrolisis con ganancia del arco de movilidad de 0°/110° y centrando el aparato extensor. No se observa mala posición de la prótesis.

En la evolución posterior se vuelve a producir fibrosis que limita la movilidad, aunque en menor grado que tras la primera intervención.

La fibrosis es inherente a la paciente sin depender, habitualmente, de la técnica empleada. Además, en estudios radiológicos posteriores a la intervención, objeto de reclamación, se confirma la correcta colocación de la prótesis.

No es hasta la tercera cirugía con reemplazamiento de la prótesis, cuando se constata la mal posición protésica, por probable aflojamiento de la misma (Resultados de la Gammagrafía ósea: "aflojamiento de prótesis de rodilla sin signos gammagráficos de infección." folios n.º 77 y 80)».

A lo que se añade:

«Aun considerando que, a los factores anteriores, pudiera sumarse la intervención como causa de la fibrosis sufrida, ello tampoco demostraría mala praxis alguna, ya que en el Consentimiento Informado firmado por la paciente, se advierte a la misma que, a pesar de realizarse la intervención conforme a la *lex artis*, esta no está exenta de riesgos, contemplándose entre los previsibles: la necesidad de reintervención o la rigidez articular. Riesgos que la paciente asume prestando su consentimiento a la intervención».

4. Pues bien, efectivamente, queda adecuadamente justificada en la Propuesta de Resolución, dados los informes evacuados, que la intervención realizada a la paciente el 22 de marzo de 2014 era necesaria dada su patología en la rodilla izquierda; por su parte, la reclamante se ha limitado a expresar que sus afirmaciones derivan de que le fue indicado así verbalmente por los doctores, sin que se exista ningún documento que haga constar la falta de adecuación de la intervención a los requerimientos de la paciente, y menos aún que las pruebas realizadas previamente no eran las indicadas.

Ahora bien, no ha quedado acreditada por la Administración la realización, inmediatamente antes de la operación o con una antelación razonable, de las pruebas previas radiológicas precisas para efectuar la intervención, que no figuran en la historia clínica y que fueron requeridas por la reclamante. Además, los informes

recabados a lo largo de la tramitación del procedimiento, aunque justifican parcialmente las patologías de la paciente en orden a sus dolores, no desvirtúan sus afirmaciones relativas a la inadecuada posición de la prótesis inicialmente colocada y que precisó ser modificada en posteriores intervenciones.

Así, por un lado, en el informe emitido, a solicitud de la paciente, el 11 de abril de 2016 (por error consta 2016, pero es de 2015 al hacer constar la intervención ya realizada el 29 de febrero de 2016) por el traumatólogo del CHUIMI, obrante en el expediente, se señala que en la segunda intervención realizada el 15 de agosto de 2014:

«se planteó el recambio de prótesis vs centrar el aparato extensor de la nueva prótesis conjuntamente con la paciente (en las consultas previas a la intervención) elegimos esta opción, que no bloqueaba el posible recambio futuro si no se alcanzaban los objetivos, ya que entrañaba menos morbilidad.

En marzo de 2015, tras casi un año de evolución postoperatoria, presenta dolor en la rodilla izquierda, limitación para la flexión a 60-70° y de -10° de extensión. Precisa dos bastones para caminar.

Dado que estas limitaciones no son aceptadas por la paciente y existe una mal rotación de los componentes protésicos confirmados en la segunda intervención (centrado rotuliano), recomendé revisión quirúrgica de la misma con posible recambio de uno o de varios componentes que se decidiría en el acto quirúrgico».

Constaba informe previo de este especialista, de 20 de marzo de 2015, en el que afirmaba: «Sospecho mal rotación de los componentes protésicos y recomiendo revisión quirúrgica de la misma con posible cambio de uno o de ambos componentes, se decidirá en el acto quirúrgico». Tal sospecha, se confirmó en la segunda intervención, a pesar de que el informe del SIP señale que tal mala posición aparece tras la segunda intervención. En todo caso, ha de decirse que, sea en una u otra intervención, la afirmación del informe del SIP determina que sí hubo mala posición protésica, al señalar: «(...) no es hasta después de la segunda cirugía cuando aparece demostración in situ de dicha malposición protésica».

Por su parte, continúa el informe de 11 de abril de 2016 del traumatólogo del CHUIMI, respecto de la tercera intervención realizada el 29 de febrero de 2016:

«En la intervención extirpamos la abundante fibrosis existente y extrajimos los dos componentes protésicos que presentaban una mal rotación respecto al eje del miembro inferior izquierdo de la paciente.

Implantamos una prótesis de revisión Legion y confirmamos el correcto centrado, respecto a la misma, del aparato extensor».

Ello contradice el informe de 21 de abril de 2015, emitido por el traumatólogo del Hospital (...), en el que se afirma, en contra de lo verificado en la segunda y tercera intervención quirúrgica por el traumatólogo del CHUIMI:

«Consideramos que la prótesis se encontraba en buena situación de orientación de los componentes».

Tal informe atribuye la mala evolución de la paciente tras la primera intervención a la producción de fibrosis, inherente a la paciente.

Sin embargo, y sin dejar de tener tal fibrosis relación con la indicada evolución, según se señala también en el informe del SIP, lo cierto es que la incidencia de la «mal rotación respecto al eje del miembro inferior izquierdo de la paciente», fue corregida definitivamente en la intervención realizada el 29 de febrero de 2016, extrayendo los dos componentes protésicos que presentaban una mala rotación respecto al eje del miembro inferior izquierdo de la paciente e implantando «una prótesis de revisión Legion».

Y, ciertamente, es tras esta intervención cuando se produce mejoría en la paciente, según señala el referido informe:

«cuando lleva 5 semanas de evolución, es favorable pues ha ganado movilidad y presenta menos dolor».

Dado lo expuesto cabe concluir que, si bien parte de los padecimientos postquirúrgicos de la intervención realizada el 22 de marzo de 2014 tienen relación directa con la abundante fibrosis existente, cuya producción es inherente a la paciente, también lo es la contribución a ello de la mala posición protésica, cuya causa no se ha justificado en ningún informe recabado, de lo que cabe concluir la falta de adecuación a la *lex artis ad hoc* en la colocación de la prótesis de la paciente en la intervención quirúrgica realizada el 22 de marzo de 2014.

Y es que no puede sostenerse, como pretende la Propuesta de Resolución, que el hecho de haberse firmado por la paciente el consentimiento informado previo a la intervención, con advertencia de que no está exenta de riesgos, contemplándose entre los previsibles «la necesidad de reintervención o la rigidez articular», lo cierto es que tales riesgos han de ser asumidos si la intervención se ha realizado conforme a la *lex artis* desde el punto de vista técnico, pero no si tales riesgos son atribuibles a

una inadecuada práctica de la intervención. En este caso, la necesidad de reintervención y la rigidez articular son en parte atribuibles a una inadecuada colocación de la prótesis, lo que no es parte del objeto del consentimiento de la paciente al constituir inadecuada práctica médica. Ello se demuestra por el hecho de que tal prótesis pudo colocarse correctamente en la tercera intervención. En definitiva, la mala posición de la prótesis no es un riesgo propio de la intervención asumido por la interesada.

5. Por todo ello, se considera probado que la colocación de la prótesis originalmente se efectuó sin la realización de las pruebas prequirúrgicas adecuadas, y de forma defectuosa pues hubo de ser corregida posteriormente en otras intervenciones, lo que produjo entretanto dolor y limitación funcional a la paciente, con las consecuencias vitales que refiere en su reclamación.

Por ello, si bien procede tener en cuenta que los padecimientos en la rodilla izquierda son propios de patologías desde la juventud, a los que se suma la artrosis y osteoporosis en tratamiento médico, así como la incidencia que en el proceso postquirúrgico ha tenido la producción de fibrosis en la medida en la que ello es inherente a la propia paciente, ha de concluirse que en la producción del daño consistente en la limitación a la movilidad y los dolores ha intervenido con carácter determinante la mala práctica quirúrgica en las dos primeras operaciones por parte del (...). En consecuencia debemos concluir que procede reconocer la existencia de responsabilidad y el derecho de la reclamante a una parte de la indemnización solicitada.

En lo relativo a la cuantía de la indemnización, no resulta fácil la determinación precisa, razón por la que se considera procedente fijar dicha cuantía en una cantidad a tanto alzado que, teniendo en cuenta los días de hospitalización transcurridos, y los subsiguientes de inhabilitación para el desarrollo de sus actividades habituales, así como el subsiguiente daño moral infringido, puede fijarse en el importe de veinte mil euros.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución no es conforme a Derecho, pues debe estimarse parcialmente la pretensión de la interesada en la cantidad de veinte mil euros.