



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 3 8 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 513/2018 IDS)**

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el 22 de octubre de 2018 (con registro de entrada el 23 de octubre de 2018), 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, por los daños causados, presuntamente, por su funcionamiento.

2. La cuantía reclamada en el presente procedimiento asciende a 134.978,96 euros, de la que 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).

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

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

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

concertado (...) La Cuesta, al cual 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».

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.

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.

5. 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 el interesado interpuso aquel escrito el 26 de abril de 2017, respecto de un daño que atribuye a una asistencia prestada en las sesiones de

rehabilitación realizadas entre el 20 y el 25 de abril de 2016, siendo la primera valoración tras el mismo realizada el 9 de mayo de 2016.

II

1. El interesado, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que funda la presente reclamación los siguientes:

«(...) podemos dividir la atención recibida en tres periodos:

- Un primer periodo que se extiende entre la fecha del accidente, el 3 de marzo de 2015 y el 15 de abril de 2016 cuando es remitido a un centro rehabilitador concertado distinto del Hospital San Juan de Dios

- Un segundo periodo entre el 15 de abril de 2016 y 9 de mayo de 2016 donde el lesionado es remitido a un centro concertado distinto del Hospital San Juan de Dios, donde recibe tratamiento rehabilitador que ocasiona un empeoramiento de la patología de rodilla derecha.

- Y un tercer periodo que se extiende desde el 9 de mayo de 2016, cuando el paciente presenta un empeoramiento agudo de su patología de rodilla derecha tras recibir tratamiento rehabilitador en el centro concertado y el 21 de noviembre de 2016 cuando es considerado como estabilizado por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario de Canarias. Durante el primer periodo el lesionado sufre la lesión de rotura parcial del ligamento cruzado de la rodilla derecha. Se decide inicialmente un tratamiento conservador de tipo médico, ortopédico y rehabilitador donde se incluye al lesionado en la lista de espera quirúrgica. Durante este tiempo presenta la clínica típica de afectación del ligamento cruzado anterior y se realiza tratamiento rehabilitador de potenciación y mantenimiento de la extremidad inferior derecha. En diciembre de 2015 se realiza intervención quirúrgica de cirugía artroscópica de rodilla derecha para realizar una ligamentoplastia ST. En el postoperatorio el lesionado presentó una trombosis venosa profunda en el miembro inferior derecho que retrasó el inicio del tratamiento rehabilitador que se inicia a partir del 18 de febrero de 2016 y se detiene por agotamiento del concierto del proceso el 11 de abril de 2016. Se informa hasta esta fecha de una mejoría paulatina del proceso patológico con mejoría del arco de movilidad y persistencia de dolor a nivel de inserción de isquiotibiales. Se realiza una valoración el día 15 de ese mes por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario de Canarias y se decide continuar el tratamiento rehabilitador. Debido a saturación del servicio del hospital se decide remitir a un centro concertado (no se indica cual en la documentación médica aportada). En el segundo periodo el lesionado acude al mencionado centro concertado con la indicación de realizar un tratamiento de ultrasonidos con movilizaciones suaves y progresivas y ejercicios de potenciación/propiocepción de miembro inferior derecho a diario. Según refiere el lesionado a su médico rehabilitador, acudió a 4 sesiones, donde entre otros

ejercicios lo pusieron a correr llevando las piernas al pecho y realizando sentadillas entre otros ejercicios, lo que le produjo un empeoramiento agudo del proceso.

En el tercer periodo se constata por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario de Canarias que se ha producido un empeoramiento del proceso que relaciona con la atención recibida en el último centro concertado y esto ocasionada que se rescate al paciente para realizar el tratamiento rehabilitador bajo supervisión de dicho servicio. Durante este periodo se realizan estudios complementarios que permiten constatar la existencia de lesiones objetivas consistentes en condropatía rotuliana grado II, artropatía fémoro-tibial, lesión grado II intrasustancial del cuerno posterior del menisco externo sin llegar a producir rotura meniscal, aumento de grosor del tendón rotuliano no edematoso y derrame articular escaso a nivel retropatelar. La ligamentoplastia estaba indemne. Se consultó con traumatología que indicó que no procedía realizar un tratamiento quirúrgico. Recibió tratamiento rehabilitador para estabilizar sus lesiones. Y fue alta el 21 de noviembre de 2016. Analizados estos tres periodos consideramos que:

- El lesionado recibía un tratamiento médico rehabilitador y quirúrgico correcto para sus lesiones hasta el 15 de abril de 2016.

- El lesionado recibió un tratamiento rehabilitador incorrecto para sus lesiones, en el momento en que se aplicaron, entre el 15 de abril de 2016 y el 9 de mayo de 2016 en un centro concertado por el Servicio Canario de Salud.

- Que a partir del 9 de mayo de 2016 recibió tratamiento de las nuevas lesiones ocasionadas en el centro mencionado en el apartado anterior bajo supervisión del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario de Canarias que llevaron a la estabilización del proceso».

Como consecuencia de lo expuesto, alega como daños los siguientes:

«Valorada la documentación médica aportada y el lesionado podemos considerar que el lesionado esté estabilizado. Y que esta estabilización consideramos que se produjo a partir del día 21 de noviembre de 2016 cuando lo indicó el Dr. (...). Es decir todo el proceso ha durado 630 días desde el día del accidente hasta el día de la estabilización. Sin embargo, en todos estos días están incluidos periodos que se corresponden con un tratamiento y seguimiento médico asistencial correcto y periodos de tratamiento rehabilitador que se corresponde con las lesiones y las secuelas derivadas de un tratamiento inadecuado aplicado por el centro concertado en abril de 2016. Carecemos de documentación médica que nos permita establecer el momento justo del daño ocasionado pero consideramos como fecha de inicio del proceso, a estos efectos, la de la asistencia y diagnóstico por el Dr. (...) que fue el 09/05/2016. Por tanto consideramos que el lesionado ha estado afectado por esta situación 197 días y que estos días fueron improductivos para sus actividades habituales.

(...) Por tanto consideramos que el lesionado ha estado afectado por esta situación 197 días y que estos días fueron impeditivos para sus actividades habituales.

Además entendemos que el lesionado presenta secuelas derivadas del proceso que llevamos comentando en este escrito y que consisten en:

- El lesionado presenta dolor a nivel del menisco externo con maniobras exploratorias meniscales positivas y con hallazgos en AM de rodilla de lesión intrasustancial grado II del cuerno posterior del menisco externo sin llegar a presentar rotura. Esta secuelas se encuadra en el baremo considerado como "Secuelas de lesiones meniscales (operadas o no) con sintomatología". En nuestra valoración la consideramos como de carácter importante y por tanto la valoramos en 5 puntos dentro de un arco de puntuación de 1 a 5 puntos.

- En la movilidad de la rodilla se objetiva una limitación en los grados finales del movimiento de extensión. Esta secuela se encuadra en el baremo considerado como "Limitación de la movilidad de la rodilla en extensión, mueve más de 10°". En nuestra valoración la consideramos como de carácter leve y por tanto la valoramos en 1 punto dentro de un arco de puntuación de 1 a 3 puntos.

- En la movilidad de la rodilla se objetiva una limitación en los grados finales del movimiento de flexión. Esta secuela se encuadra en el baremo considerado como "Limitación de la movilidad de la rodilla en flexión, mueve más de 90°". En nuestra valoración la consideramos como de carácter leve y por tanto la valoramos en 1 punto dentro de un arco de puntuación de 1 a 5 puntos.

- Así mismo presenta dolor independiente del dolor de origen meniscal por afectación del tendón rotuliano por tendinosis del mismo. Esta secuela se encuadra en el baremo considerado como "Gonalgia postraumática inespecífica". En nuestra valoración la consideramos como de carácter moderado y por tanto la valoramos en 3 puntos dentro de un arco de puntuación de 1 a 5 puntos.

- Como consecuencia de la situación derivada de la evolución final del proceso el lesionado ha necesitado el tratamiento estándar de un proceso depresivo con antidepresivos y ansiolíticos que aún mantiene a fechas actuales. Esta sintomatología supone una secuela de trastorno depresivo que en el baremo considerado se denomina "Trastorno depresivo reactivo". En nuestra valoración la consideramos como de carácter moderado y por tanto la valoramos en 7 puntos dentro de un arco de puntuación de 5 a 10 puntos.

- Por último toda esta situación ocasiona que el lesionado tenga que utilizar bastón de apoyo para el desplazamiento ya que presenta una cojera de carácter leve debido a la sintomatología persistente en rodilla derecha. Esta situación determina la existencia de un perjuicio estético de carácter dinámico que valoramos como perjuicio estético ligero y que valoramos en 6 puntos dentro de un arco de puntuación posible de 1 a 6 puntos.

Como consecuencia de sus secuelas presenta una pérdida de la funcionalidad de la mano derecha, que es la predominante, estando afectadas fundamentalmente las funciones de agarre, destreza manual y pinza que condicionan la existencia de una incapacidad permanente parcial».

Se solicita una indemnización que se cuantifica en 134.978,96 euros, más los intereses legales que procedan en virtud de aquella valoración, aportando al efecto el informe pericial en el que se sustenta.

2. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 21.2 LPACAP. 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 (art. 21.1 y 6 LPACAP).

III

Constan en el expediente las siguientes actuaciones:

- El 8 de mayo de 2017 se identifica el procedimiento, lo que se notifica al interesado el 11 de mayo de 2017.

- Por Resolución de 12 de mayo de 2017, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada, de lo que recibe notificación (...) y el interesado el 19 de mayo de 2017, si bien el (...) remite escrito en el que indica que ha habido un error en la Resolución remitida, por no ser la referida al presente expediente, lo que se corrige remitiendo la correcta el 2 de junio de 2017, recibida el 5 de junio de 2017.

- El 7 de junio de 2017 el (...) solicita copia de la reclamación, que la recibe el 16 de junio de 2017, aportando al respecto escrito de alegaciones con registro de entrada de 10 de julio de 2017 en el que descarta la relación de causalidad entre el daño por el que se reclama y la asistencia dispensada. Se aporta junto al mismo escrito de su aseguradora que descarta nexo causal dado el tiempo transcurrido entre la rehabilitación y la reclamación. Por error, tal documento se remite efectivamente el 10 de octubre de 2017.

- El 16 de mayo de 2017 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), remitiendo posteriormente, el 10 de octubre de 2017, alegaciones del (...). Tras haber recabado la documentación oportuna, se emite el informe del SIP el 4 de mayo de 2018.

- El 9 de mayo de 2018 se insta al (...) a aportar medios probatorios que estime convenientes, habiendo recibido la notificación el 15 de mayo de 2018, sin que se haya aportado nada al efecto.

- El 20 de junio de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las aportadas por el interesado, y siendo todas ellas documentales y obrando en el expediente, se declaró concluso este trámite. De ello reciben notificación el interesado y el (...) el 3 de julio y 25 de junio de 2018, respectivamente.

- El 20 de junio de 2018 se da trámite de vista y audiencia, de lo que reciben notificación el interesado y el (...) el 3 de julio y 25 de junio de 2018, respectivamente, compareciendo el primero el 9 de julio de 2018 a fin de retirar copia de determinada documentación, sin que conste presentación de alegaciones.

- El 15 de octubre de 2018 se dicta Propuesta de Resolución desestimando la pretensión del interesado, lo que no fue informado por el Servicio jurídico, dado que «Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico, “En el caso que nos ocupa, la adecuación a la *lex artis* que de los informes obrantes en el expediente se infiere, no ha sido contradicha por las manifestaciones ni documentos aportados por la reclamante. Que no propone ninguna prueba de vulneración de las buenas prácticas médicas por la actuación sanitaria de la que pudieran derivarse resultados indemnizatorios para la administración, más allá de sus alegaciones que no hacen prueba de los cuestionado” (informe de los Servicios Jurídicos de 3 de noviembre de 2017 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial nº 134/15)».

IV

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

Y este Consejo Consultivo considera igualmente que debe ser desestimada la reclamación interpuesta, en los términos señalados en la Propuesta de Resolución.

En este sentido, la reclamación del interesado atribuye los daños por los que se reclama a la defectuosa rehabilitación llevada a cabo entre los días 20 y 25 de abril de 2016 en el Centro (...) de La Cuesta, pues considera que los ejercicios pautados

produjeron un empeoramiento de su lesión en la rodilla derecha que han derivado en las secuelas que actualmente padece.

Pues bien, los términos de la reclamación obligan a plantearse, en primer lugar, en qué consiste la lesión que sufrió el reclamante en la rodilla derecha y que lo llevó a urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) el 3 de marzo de 2015 y qué tratamientos estaban indicados para tal lesión y su realización por el SCS. Y, en segundo lugar, y ya centrándonos en la rehabilitación, como tratamiento postquirúrgico, habremos de analizar si la rehabilitación realizada se hizo en el momento oportuno, si estaba indicada y si produjo empeoramiento o no de su lesión.

1) Así, en cuanto a la lesión sufrida por el interesado, consta en el expediente que aquél acudió a urgencias del HUC el 3 de marzo de 2015 por dolor en la rodilla derecha tras realizar «un giro con el cuerpo y no girar la rodilla», siendo diagnosticado tras la realización de RMN el 24 de abril de 2014 como lesión en el ligamento cruzado anterior (LCA) de rodilla derecha.

Explica el SIP en su informe que la deficiencia del LCA no solo produce episodios de inestabilidad sino también una alteración de la mecánica articular. De esta forma, su ruptura es una lesión devastadora que puede afectar notoriamente el nivel de actividad del paciente y su calidad de vida.

Indicando que el propósito principal de la intervención es mejorar la estabilidad de la rodilla y diagnosticar y tratar las lesiones asociadas. Con este fin se recurre a la reconstrucción de nuevo ligamento bien a partir de un fragmento óseo de rótula, una tira de tendón rotuliano y un fragmento óseo de tibia (Técnica de HTH), o bien al uso de los tendones de la pata de ganso (Recto interno y Semitendinoso), conocida como técnica de isquiotibiales, también a otro tipo de plastias.

Tal intervención se le realizó (tras meses de espera que dieron lugar a reclamaciones del interesado y habiendo recibido previamente tratamiento rehabilitador prequirúrgico) en el Hospital San Juan de Dios el 18 de diciembre de 2015: reparación del LCA (ligamentoplastia) de rodilla derecha, de la que recibe alta el 19 de diciembre de 2015. Tras la misma se produjo complicación de trombosis subaguda de sector gemelar (prevista en el consentimiento informado) a pesar de tratamiento preventivo, que fue resuelta.

El 3 de diciembre de 2015 se había firmado el documento de consentimiento informado (DCI).

En cuanto al tratamiento rehabilitador de la lesión de LCA, según informa el SIP se organiza en distintas fases:

«Después de la intervención es importante evitar la atrofia muscular por lo que se inicia una rehabilitación progresiva del movimiento y la fuerza de la rodilla.

El proceso de rehabilitación de la lesión de LCA desde un punto de vista conceptual se puede organizar en distintas fases. Una etapa inicial después de la lesión y una fase de consolidación.

La rehabilitación en la fase prequirúrgica persigue disminuir la inflamación y el dolor, conservar o aumentar el arco de movilidad y mantener la fuerza muscular. Con este fin se usan medios físicos (crioterapia) y frecuentemente antiinflamatorios no esteroides (AINES). Superada la inflamación y el dolor, se inicia la movilización de la extremidad para disminuir o prevenir la pérdida del arco de movilidad.

Es importante destacar que secundario a la inflamación y a la inmovilización el cuádriceps puede perder hasta el 30% de su fuerza muscular en los primeros 7 días, por ello, en esta fase se intenta minimizar la pérdida de fuerza y masa muscular a fin de mejorar las condiciones físicas y funcionales para las fases de consolidación tras el tratamiento quirúrgico.

Una vez realizada la intervención quirúrgica, dentro del tratamiento rehabilitador en fase postquirúrgica podemos distinguir varias etapas.

Una primera etapa de tratamiento sintomático de control del dolor e inflamación (2-4 semanas tras la intervención).

Una fase intermedia en la evolución postquirúrgica que la podemos ubicar entre la 6ª y 10ª semanas. Aún existe cierta debilidad en el injerto. Los objetivos planteados son: completar el arco de movilidad alcanzando la flexión y la hiperextensión completa, fortalecer la musculatura del miembro afectado (ejercicios concéntricos y excéntricos en CCC - sentadillas-), mejorar la propiocepción y ejercicios de marcha.

Los ejercicios CCC teóricamente son los más indicados y seguros para esta etapa pues la contracción muscular durante su ejecución aumenta la estabilidad de la articulación y protege al injerto de las fuerzas transversales/cortantes de desplazamiento anterior.

Los programas con ejercicio de CCC, reproducen mejor la biomecánica normal, estimulando por este camino la propiocepción, la funcionalidad, y minimizando el estrés fémoro-patelar y las fuerzas encontradas, cortantes y transversales sobre la articulación.

En esta fase de recuperación, el paciente recibió tratamiento, a partir del 25 de febrero, en el Centro San Juan de Dios

La siguiente etapa de la fase postquirúrgica, fase de recuperación o fase progresiva funcional, se inicia aproximadamente a los 2 o 3 meses después de la reconstrucción.

Normalmente transcurridos 3 meses con injerto de isquiotibiales el injerto ya tiene las características adecuadas, similares a un LCA y similares a las que muestra en 12 meses.

En el periodo de 3 meses desde la intervención el paciente recibía aún tratamiento en SJD ya que termina en este Centro el 11 de abril de 2016, esto es, a los 3 meses y 21 días desde la intervención.

El trabajo de fortalecimiento muscular es de gran importancia en esta fase, pues se ha demostrado que, con el tiempo, cualquier injerto, por debilidad estructural, puede aumentar el grado de traslación anterior de la rodilla lesionada (ejercicios concéntricos y excéntricos en CCC y CCA).

La siguiente fase dentro del tratamiento rehabilitador postquirúrgico, fase de entrenamiento funcional que se inicia a las 16 semanas (4 meses) de la cirugía.

El reclamante en este momento postquirúrgico inicia el tratamiento en (...).

2) Respecto a la rehabilitación realizada en (...) La Cuesta, y que es objeto de la reclamación que nos ocupa, debe señalarse en primer lugar, que se realizó en el momento oportuno dentro del proceso de recuperación postquirúrgico antes señalado. Al efecto, informa el SIP:

«Iniciado el tratamiento en el (...) en la fase aludida anteriormente:

Se considera una fase de preparación específica para el retorno a las actividades funcionales completas del ejercicio y deporte. Uno de los primeros objetivos en esta etapa es conseguir la permanencia o estabilidad sobre un solo pie.

Se incluye aumento progresivo de la carrera en distancia e intensidad. Se inician los ejercicios pliométricos -como salto con diferentes apoyos-, que utilizan fase inicial de contracción concéntrica, seguida por otra fase de contracción excéntrica. Para iniciar este tipo de ejercicios, se pueden subir y bajar escalones pequeños mediante saltos con ambas extremidades. Finalmente, es necesario introducir y aplicar un programa de actividades en el que practiquen cambios de ritmo (aceleración, deceleración) y dirección (cortes).

De lo anterior observamos que:

En el momento de inicio de tratamiento en (...) habían transcurrido 4 meses desde la cirugía. En relación al objeto de tratamiento rotura LCA, aproximadamente a las 13 semanas (3 meses) después de la cirugía el injerto de isquiotibiales se ha incorporado y responde a las fuerzas de tensión para remodelarse y someterse al proceso de incorporación funcional como sustituto del LCA».

Por otra parte, también se ha acreditado en los informes aportados que los ejercicios de rehabilitación realizados en el (...) eran los indicados a la patología del paciente en la fase en la que se hallaba.

A tal efecto, se señala en el informe del SIP:

«Los ejercicios de potenciación de MID fueron indicados por el Médico Rehabilitador del Hospital Universitario de Canarias en el momento de la derivación del paciente a (...) para recibir tratamiento.

Dentro de los ejercicios de mejora de la musculatura se encuentran las sentadillas (45°-90°) y el steppe».

En el mismo sentido se informa, el 22 de junio de 2017 por la Supervisora del Centro (...) La Cuesta, donde se señala:

«El paciente pasa consulta médica en nuestro centro con el Dr. (...), que, teniendo en cuenta las indicaciones del médico anterior (quien lo remite del HUC) pauta el siguiente tratamiento (...).

El paciente inicia tratamiento el 20 de abril, empezando el mismo con un calentamiento básico para preparar la articulación, seguidamente de esto se ejecutan los ejercicios específicos de su patología. No hay ninguna contraindicación informada por el médico rehabilitador para la realización de los ejercicios pautados, destacando que éstos se realizan teniendo en cuenta el estado funcional del paciente en ese momento y de las indicaciones médicas».

Asimismo, y respecto de los concretos ejercicios a los que el reclamante atribuye el empeoramiento, se informa:

«El ejercicio que describe como correr llevando las piernas al pecho, se trata de un leve trote que se realiza en colchonetas para reducir el impacto. Según los pacientes avanzan en su tratamiento se les aumenta la intensidad elevando más los pies, lo cual no era el caso, puesto que el paciente en cuestión estaba en la primera etapa del tratamiento.

Por otro lado, las sentadillas se realizan como ejercicio de fortalecimiento del MMII se engloban dentro de los ejercicios CCC pautados por el médico y básico en las recuperaciones de las lesiones de rodilla, siempre controlando la intensidad de las mismas y ajustándolas a la etapa de evolución de cada paciente”.

Se añade que una vez que el paciente causa alta en (...) continúa tratamiento en el HUC y se expresa en fecha 17 de junio de 2016 por el fisioterapeuta de dicho Centro que el paciente “realiza trabajo de control, sentadillas, zancadas, trabajo de step frontal y lateral, corrección de la marcha y todo sin molestias”».

Finalmente, constatado que la rehabilitación en el (...) se realizó en la fase clínica indicada, así como que los ejercicios eran los indicados médicamente para la mejora del paciente, analicemos ahora si aquella rehabilitación produjo el empeoramiento que alega el reclamante.

Respecto de este punto, como señala el SIP, es preciso comparar el estado del paciente antes y después de la rehabilitación.

Así, se informa por el SIP lo siguiente:

«Habrà que valorar el estado de la lesión del LCA después del tratamiento quirúrgico y del tratamiento rehabilitador en el Centro San Juan de Dios, con los que el reclamante ha manifestado su conformidad, y comparar este estado con la situación de dicho ligamento al finalizar las 4 sesiones de tratamiento.

La lesión del ligamento se manifestó clínicamente, previo a la cirugía, por intenso dolor en rodilla derecha e inestabilidad de la misma acompañado de atrofia del cuádriceps y falta de los últimos grados de flexión por el dolor (16 de junio de 2015). La imagen en estudio radiodiagnóstico -RMN- era de rotura de LCA.

Después de recibir tratamiento quirúrgico y rehabilitador en el Centro San Juan de Dios, el paciente presentó BA doloroso a nivel de la inserción de isquiotibiales, flexión limitada 0-100°, BM 4/5, ligera ocupación y persistía atrofia muscular del cuádriceps. Sin embargo, se había conseguido la corrección, objeto de la intervención quirúrgica, de la inestabilidad.

El tratamiento, objeto de la reclamación, fue recibido en el periodo 20-25 de abril de 2016.

La primera valoración después de este tratamiento corresponde a la exploración de fecha 9 de mayo de 2016 en el Servicio de Rehabilitación del HUC: Ligera ocupación. BA 0-100 con intenso dolor. Dolor a la palpación en cara anterior.

Esta exploración no se corresponde con empeoramiento de la lesión inicial rotura de LCA, no se objetiva inestabilidad de la rodilla ya corregida.

Transcurrido el tiempo (abril-junio) el fisioterapeuta en el HUC, en fecha 17 de junio de 2016 expresa que el paciente presenta dolor en cara interna de la rodilla, a la palpación sobre el menisco interno, test menisco +.

Es en fecha 15 de julio de 2016 en la valoración por el Médico Rehabilitador cuando se menciona clínica compatible con lesión de menisco externo y dudoso interno, pero no se habla de lesión en LCA objeto del tratamiento.

En la exploración física por el Médico Rehabilitador, en fecha 7 de noviembre de 2016, BA de rodilla libre con dolor en los últimos grados de flexión. A la extensión en últimos grados

5°-10° resalte con pequeño chasquido. No alteraciones meniscales ni ligamentosas. Se le explica al paciente la estabilización de su sintomatología.

Se observa que una vez recibido tratamiento quirúrgico, la lesión del LCA fue corregida y no empeora con el tratamiento rehabilitador en (...) como afirma el reclamante. De este modo en estudio de RMN, centrándonos exclusivamente en dicha lesión y su corrección quirúrgica, se describe que la ligamentoplastia se encuentra indemne ---"ligamentoplastia del cruzado anterior de aspecto normal"-».

Se concluye de lo expuesto que no hubo empeoramiento de la lesión de LCA sufrida por el reclamante, y que ha dado origen al tratamiento quirúrgico y rehabilitador que nos ocupa. Recordemos a tal efecto que tras sufrir el interesado lesión del LCA en marzo de 2015, por la que acudió a urgencias del HUC, se le realizó cirugía cuya finalidad, según se ha expuesto anteriormente era conseguir estabilidad de la rodilla, lo que se logró en la cirugía y no ha empeorado posteriormente según se ha objetivado en las pruebas realizadas.

Sin embargo, explica el informe del SIP, que el «empeoramiento» al que alude el reclamante es consecuencia de la propia lesión del LCA pues, como se indicó en el referido informe:

«La deficiencia del LCA no solo produce episodios de inestabilidad sino también una alteración de la mecánica articular. De esta forma, su ruptura es una lesión devastadora que puede afectar notoriamente el nivel de actividad del paciente y su calidad de vida. Los síntomas más frecuentes tras la lesión del LCA son dolor, tumefacción articular leve y sensación de fallo-inestabilidad de rodilla. Cuando es completa puede generar muchos problemas crónicos de la rodilla, incluyendo inestabilidad, lesiones de los meniscos y de la superficie cartilaginosa y osteoartritis.

(...) Así, en el Documento Consentimiento Informado (DCI) firmado por el reclamante, previo a la intervención quirúrgica de rotura LCA, se expresa que dicha lesión se manifiesta clínicamente con episodios repetidos de "fallo" que cursan con dolor y a veces derrame de la rodilla y que a medio plazo suele provocar una degeneración de la Articulación.

(...) Suele aceptarse la llamada "regla de los tercios", según la cual tras una lesión del LCA un tercio de pacientes (36%) pueden realizar actividad deportiva a nivel recreativo, con síntomas mínimos u ocasionales; un tercio de pacientes (32%) deberá renunciar a realizar actividad deportiva a nivel recreativo, pero no tendrá problemas en las actividades cotidianas. Finalmente, un tercio de pacientes (32%) sufrirá síntomas con las actividades cotidianas».

Así pues, el informe del SIP explica que el empeoramiento al que se refiere el reclamante no lo es de la lesión inicial, sino que podría referirse a «la aparición de lesión grado II intrasustancial del cuerno posterior del menisco externo, y no rotura meniscal».

A lo que se añade por aquel informe:

«Al respecto se recuerda:

- Que no se ha objetivado empeoramiento del objeto del tratamiento quedando corregida la inestabilidad de rodilla.

- Que la lesión sufrida por el reclamante, rotura del LCA, por sí misma puede generar muchos problemas crónicos (como se señaló anteriormente) de la rodilla, incluyendo inestabilidad, lesiones de los meniscos y de la superficie cartilaginosa y osteoartritis.

- Que la estabilidad funcional de la rodilla se debe en parte a la normalidad y congruencia de las estructuras óseas, pero fundamentalmente está determinada por la integridad funcional de los cuatro ligamentos mayores: cruzado anterior, cruzado posterior, colateral medial y colateral lateral. Las lesiones en cualquiera de estas estructuras suelen provocar una alteración o variante de la estabilidad biomecánica y funcional de la articulación.

- Que uno de los principales problemas en relación con el retorno a las actividades deportivas y el ejercicio físico tras la lesión del LCA, es la incidencia de recaídas o de lesión del ligamento y/o estructuras adyacentes (menisco, cartílago u otros ligamentos).

- Que en el DCI firmado por el reclamante se recoge que la lesión de dicho ligamento (LCA) a medio plazo suele provocar una degeneración de la articulación».

Finalmente, y aunque se ha descartado relación de causalidad entre el daño por el que se reclama y la asistencia prestada al interesado, conforme a la *lex artis* en todo momento, conviene, como ha hecho la Propuesta de Resolución, referirse al daño psicológico derivado del proceso patológico de la rodilla y alegado por el reclamante del que, en cualquier caso, no es responsable la Administración, pues no lo es de la patología de su rodilla. En cuanto a ello, como bien indica la Propuesta de Resolución, la «aflicción crónica» diagnosticada al paciente en 2015 no es una afección nueva que pueda relacionarse únicamente con el proceso asistencial que nos ocupa, sino que forma parte de los antecedentes psiquiátricos del paciente, en cuya historia clínica constan síntomas similares en el año 2007 consistentes en insomnio, irritabilidad, ataques de furia incontrolados (...), que fueron diagnosticados como trastorno adaptativo.

Añadiendo, en todo caso, la Propuesta de Resolución: «Este órgano instructor no pone en duda que la situación generada en su rodilla derecha agrave un estado anímico tendente a la aflicción, pero en cualquier caso, ese agravamiento habría de tenerse en cuenta en caso de que el daño alegado fuese antijurídico, como una consecuencia más de una presunta asistencia defectuosa».

Así pues, como consecuencia de todo lo expuesto, debe concluirse que no se aprecia nexo causal entre el daño por el que se reclama y la asistencia prestada al paciente, que fue en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, y por ende, tampoco daño antijurídico alguno susceptible de indemnización, siendo conforme a Derecho la Propuesta de Resolución al desestimar la reclamación del interesado. Y es que los perjuicios que sufre el interesado son sólo atribuibles a las propias características de la lesión sufrida por él en marzo de 2015, habiendo sido informado en el DCI de la intervención realizada el 18 de diciembre de 2015 de que a pesar de lograrse mayor estabilidad en la rodilla tras la intervención quirúrgica (su objetivo es: «mejorar la función de la rodilla, dotar a la articulación de mayor estabilidad y retrasar la progresión de las lesiones»), existía el riesgo de persistencia o reaparición de inestabilidad de la rodilla, así como habitualmente la desinserción o rotura de nuevo ligamento, atrofia muscular importante, derrames de repetición en la rodilla y aparición de artrosis de rodilla, lo que aceptó el paciente a pesar de ofrecérsele como alternativa de tratamiento el conservador analgésico, con reposo y rehabilitación intensiva, que, no obstante, no lograría la estabilidad de la articulación que se logró con la cirugía.

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la pretensión del interesado.