



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 7 7 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de abril de 2021.

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. 125/2021 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 mediante oficio de 1 de marzo de 2021, (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 2 de marzo de 2021), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante solicita una indemnización de 1.000.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de el Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación 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. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, pues reclama a título personal por los daños personales y patrimoniales que dice haber sufrido presuntamente por el mal funcionamiento del servicio público sanitario.

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP. El paciente reclama en agosto de 2018 cuando todavía tenía pendiente una nueva intervención quirúrgica de recambio de prótesis de rodilla derecha.

6. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada [arts. 21.2, 24.3 b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP) que al hacerlo no queda vinculada al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

7. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución remitida, resultan de aplicación, además de la mencionada LPACAP; las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

II

El reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la

Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación:

- Que en el año 2012 es intervenido en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) de fractura de tibia y peroné,

Se le vuelve a intervenir para retirada de material de osteosíntesis, dejándole restos que se rompen.

- La recuperación es lenta, con complicaciones de rodilla, precisando prótesis.

- Tras casi un año en lista de espera, se interviene de prótesis de rodilla derecha, esperando ocho meses para recibir rehabilitación posterior.

- En consulta de Traumatología seis meses después, se vuelve a incluir en lista de espera por la mala evolución de la rodilla.

En noviembre de 2017 el traumatólogo le informa de que la prótesis de rodilla está suelta y que hay que cambiarla, cuando lleva puesta sólo 2 años. También presenta secuelas por el material que le habían dejado.

Permanece en nueva lista de espera para recambio de prótesis desde mayo de 2018.

- El paciente solicita ser operado en el Hospital (...), y no en el HUNSC, a lo que se accede. Le llaman para intervención en dicho centro hospitalario, pero le rechazan por no estar el mismo capacitado para la complejidad de la operación. Nueva preanestesia en el HUNSC en octubre de 2018, pero sigue esperando cirugía. Mientras tanto, y para aliviar el dolor, tiene que medicarse con opiáceos que le han generado síndrome de abstinencia. Este hecho ha limitado su calidad de vida y le ha llevado a necesitar tratamiento psiquiátrico.

- En agosto de 2018 interpone reclamación en el ámbito sanitario. El objeto de la reclamación se resume en:

Por un lado, la mala praxis en la intervención del año 2012 de fractura de tibia y peroné derecho que le ha ocasionado unas complicaciones y secuelas, como el rechazo al tratamiento ortopédico

Por la demora en ser intervenido para recambio de prótesis de rodilla derecha, pues lleva incluido en la lista de espera desde mayo de 2018, y sus secuelas se han visto agravadas hasta impedirle la movilidad por el dolor.

Cuantifica la indemnización en 1.000.000 euros.

III

1. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan las siguientes actuaciones:

1.1.- Se interpone reclamación de responsabilidad patrimonial por (...) en agosto de 2018.

1.2.- Por Resolución de 15 de noviembre de 2019 de la Directora del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica del afectado.

1.3.- El Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe de 14 de octubre de 2020 el cual, a la vista de la historia clínica y los informes preceptivos, establece el siguiente orden cronológico de los hechos:

- Con anterioridad a los hechos reclamados, el paciente ya tenía antecedentes de tres cirugías artroscópicas de rodilla derecha, e historia de gonalgia derecha (dolor en la rodilla derecha) de años de evolución. En Radiografía realizada en 2011, ya presenta alteraciones artrósicas (pinzamiento lateral, esclerosis tibial lateral y presencia de osteofitos), y en Resonancia Magnética (RM) de rodilla derecha realizada el 6 de febrero de 2012, presenta alteraciones degenerativas severas de grado IV en cóndilo femoral y meseta tibial (compartimentos externos de la rodilla) y grado I en cartílago rotuliano. También consta antecedentes de alteraciones del sueño (insomnio), y consumo diario de cannabis.

- En fecha 10 de junio de 2012, y debido a un accidente, presenta una fractura diafisaria con tercer fragmento en ala de mariposa distal de tibia y peroné, en miembro inferior derecho (MID). Es tratado inicialmente con inmovilización mediante férula de yeso para posteriormente practicar intervención quirúrgica (por ser una fractura inestable dada la presencia de más de dos fragmentos óseos). Previo a la cirugía se realiza estudio preoperatorio y firmas de consentimientos informados (CI).

- Es intervenido quirúrgicamente el 13 de junio de 2012, mediante anestesia espinal. Se realiza profilaxis antibiótica e isquemia preventiva de MID; Reducción y osteosíntesis con placa bajo control radiológico. La evolución postoperatoria es favorable y la radiografía de control es correcta, por lo que el paciente causa alta el 14 de junio de 2012. Al alta se dan las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados y controles a seguir.

- El día 10 de julio de 2012, en Consulta de Traumatología se describe limitación de la movilidad del tobillo e hipoestesia (menor sensibilidad) en zona de nervio

peroneo superficial derecho. Se le indica realizar ejercicios, no apoyar la extremidad. Se solicita Rx de control e interconsulta a Rehabilitación.

- En fecha 16 de julio del mismo año, es valorado en Consultas de Rehabilitación. A la exploración se describe amiotrofia de cuádriceps y de triceps sural, hipoestesia anteroexterna del pie, tumefacción moderada. Balance articular con equino a 20°. Rx realizada en junio con adecuada osteosíntesis. Se indican ejercicios y baños de contraste en domicilio y fisioterapia.

- En fecha 31 de julio de 2012, en Consulta de Traumatología, el paciente refiere estar realizando ejercicios indicados por Rehabilitación. La Rx de control no muestra signos de consolidación.

- En fecha 22 de octubre de 2012 (más de 4 meses de la cirugía), en Rx de control no se visualiza callo óseo, no presenta fracaso del material. Dolor en cara anterior tibia. No dolor en tobillo. Se describe la patología de rodilla derecha según RM de fecha previa al accidente (6 de febrero de 2012), con condropatía severa grado IV femorotibial externa, para lo cual se inicia tratamiento con infiltraciones.

- En Consulta de Traumatología de fecha 3 de diciembre de ese mismo año, refiere dolor nocturno y en reposo en cara anterior tibial. Rx de control similar a previas, con callo óseo en cara anterior, no fracaso del material. Sigue tratamiento rehabilitador e infiltraciones en rodilla. Se plantea retirada de material de osteosíntesis en un año.

- En fecha 11 de diciembre de 2012, ingresa a través de Urgencias, derivado desde Traumatología, por referir desde hacía 72 horas eritema, aumento de temperatura local y drenaje espontáneo de material seropurulento en región de la cicatriz. La Rx de control describe fractura con signos de consolidación. Con el diagnóstico de infección de la herida quirúrgica, previa firma de CI, se realiza cirugía de urgencia para exploración quirúrgica con abordaje sobre cicatriz, objetivando líquido seroso sin presencia de material purulento. Se realiza desbridamiento y lavado con suero fisiológico y antibiótico. Se administra antibioterapia y se remiten muestras a microbiología. Causa alta hospitalaria el 12 de diciembre, dada evolución satisfactoria, dándose las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados y controles a seguir.

- El 16 de enero de 2013 cursa alta de Rehabilitación por evolución favorable y con dolor en últimos grados de dorsiflexión del tobillo. En fecha 5 de febrero de

2013, en Traumatología se describe que presenta menos dolor, y que deambula sin ayuda.

- En fecha 7 de mayo de 2013, (11 meses después de la cirugía de la fractura de tibia-peroné), y dada la persistencia de molestias en relación con el material de osteosíntesis, se apunta en lista de espera quirúrgica para realizar EMO (extracción de material de osteosíntesis). En el contexto de gonalgia derecha (en relación con su patología degenerativa crónica de rodilla).

- Se interviene el 10 de junio de 2014, previa firma del CI para retirada de placa de osteosíntesis tibia medial. Dada la evolución satisfactoria causa alta hospitalaria el 11 de junio, dándose las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados y seguimiento en consultas.

- Por parte de Traumatología se realiza seguimiento por gonalgia derecha de larga evolución. Según historia clínica se le realiza Tele Rx de miembros inferiores observando disimetría de 1.5 cm, genu valgo bilateral (deformidad de las rodillas que, al quedar juntas, hacen que las piernas formen una x) derecho 7º e izquierdo 5º. En RMN realizada en rodilla derecha el 26 de septiembre de 2014, se objetiva condropatía femerotibial externa grado IV (severa). Presencia de osteofito (artrosis) subcondral medial en cóndilo femoral interno, con defecto de cartílago (lesión condral) a ese nivel. Rotura del cuerpo del menisco externo y fisura rotuliana medial (todas ellas lesiones degenerativas). Dada la exploración física de la rodilla derecha que presenta roce patelar y dolor en interlínea externa, deformidad en valgo, dolor en la rodilla de larga evolución y estudios de imagen compatibles con condropatía severa y rotura meniscal se plantea realizar cirugía artroscópica de la rodilla.

- En fecha 19 de mayo de 2015 y previo CI, que recoge las complicaciones más frecuentes inherentes al procedimiento (dolor residual, infección, rigidez articular, lesión nerviosa y/o vascular, distrofia simpático refleja, entre otras), se le realiza nueva cirugía artroscópica de rodilla, constatándose artrosis femorotibial externa, condropatía rotuliana grado IV, rotura completa del ligamento cruzado anterior, mosaicoplastia (autoinjertos realizados en antiguas cirugías de rodilla) integrada del cóndilo medial y rotura degenerativa del menisco externo.

- El 15 de junio de 2015, en Consultas de Traumatología, se describe persistencia de gonalgia derecha. Al no considerarse subsidiario de cirugía de corrección de deformidad mediante osteotomía varizante (deformidad leve, y presencia de alteraciones degenerativas en rodilla derecha), se le indica tratamiento conservador

mediante rehabilitación, infiltraciones y plantilla para corrección de disimetría (arco medio y posterior de 7 mm).

- En consulta de Rehabilitación de fecha 30 de junio de 2015, se describen los antecedentes ya descritos y se le indica iniciar fisioterapia.

- En consulta de Rehabilitación de fecha 10 de agosto de 2015, el paciente refiere intolerancia y empeoramiento con la rehabilitación «*sale del gimnasio con mayor tumefacción y derrame*». En la exploración se describe mejoría del flexo de la rodilla. Balance articular -10° a 50° . Persiste importante dolor a pesar de las infiltraciones con ácido hialurónico y el tratamiento analgésico prescrito por Traumatología. A solicitud del paciente se da alta por intolerancia al tratamiento rehabilitador.

- Ante solicitud de Traumatología de RMN de rodilla derecha por cuadro de osteocondritis de cóndilo femoral con cuerpo libre articular, esta es realizada el 25 de agosto de 2015; la misma objetiva condropatía femoropatelar grado 3. Condropatía cóndilo femoral interno grado 2. Imágenes en probable relación con roturas de menisco externo e interno. Dada la persistencia de dolor en la rodilla derecha, condropatía severa y artrosis, se anota en lista de espera quirúrgica, en septiembre de 2015.

- El 14 de abril de 2016, se le plantea al paciente realizar Cirugía artroscópica de rodilla diagnóstica, con la posibilidad de realizar ligamentoplastia y mosaicoplastia, y si no hay opciones para reconstruir de forma biológica la articulación le sería implantada una prótesis, opciones que el paciente acepta. Se le entrega el CI, en el que se le hace saber que entre las complicaciones más frecuentes de la cirugía se encuentran: la infección de la herida e infección ósea profunda aguda o tardía, hemorragia, lesión o afectación de troncos nerviosos, rotura o estallidos de hueso, así como perforaciones óseas, aflojamiento del material implantado, calcificaciones de los tejidos que rodean la articulación o la prótesis insertada, con limitación de su movilidad, rigidez articular, acortamiento, alargamiento o defectos de rotación o de angulación del miembro operado, persistencia de dolor articular.

- El 18 de abril de 2016 se realiza intervención quirúrgica para reemplazo articular mediante prótesis total de rodilla. Primeramente se realiza artroscopia exploradora de la rodilla, visualizando lesión condral grado IV (severa) en meseta tibial externa de 3 cm y cóndilo femoral externo de 3-4 cm en área de carga. Lesión condral grado IV en área de carga rodeando antoinjerto osteocondral (mosaico) en

cóndilo femoral medial. Rotura completa de ligamento cruzado anterior. En segundo lugar, se procede a artroplastia total de rodilla derecha. Al finalizar se describe exploración sin signos de trombosis venosa profunda ni paresia del nervio ciático poplíteo externo (sin alteraciones neurovasculares). Control radiológico correcto.

- Durante su ingreso fue valorado por el Servicio de Rehabilitación, iniciando deambulacion en planta con ayuda de andadora; fue valorado y tratado por Unidad del Dolor Agudo. Previo al alta, se describe marcha con muletas, ligero flexo y edema en rodilla afecta. La Radiografía de control se describe correcta. Causa alta el 22 de abril de 2016, con las recomendaciones sobre tratamientos, cuidados y controles a seguir.

- El 26 de mayo de 2016 en consulta de control el balance articular es de 5-120°, con molestias difusas. Usa dos muletas. Se indican ejercicios, rehabilitación y dejar una muleta.

- En consulta del 14 de julio de 2016 se describe balance articular de prótesis 5-130°. Molestias difusas. Usa una muleta. Está contento. A la exploración física presenta hipotrofia cuadricepsital, sin signos claros de inestabilidad, leve ocupación, dolor rotuliano, aparente buen eje rotuliano. En la Rx de control se describe prótesis total de rodilla in situ, con correcta alineación osteoarticular

- No acude a su cita con Traumatología de fecha 22 de noviembre de 2016.

- El 6 de abril de 2017, se describe muy buena evolución. Balance articular 0-140°. Molestias en femorotuliano externo, peor al extender la pierna. Se le indica continuar con ejercicios. Rx de control correcta.

- En consulta de Traumatología de 9 de noviembre de 2017, se describe muy buena evolución, igual que en abril. Dada la presencia de dolor lumbar paravertebral del lado derecho no irradiado a miembros inferiores, se le realiza radiografía lumbar que objetiva sacralización de L5 (anomalía congénita en la que la vértebra L5 está fusionada con el sacro), y artrosis (alteraciones degenerativas) facetaria. Con el diagnóstico de Prótesis de rodilla derecha y resalte cuadricepsital, se anota en lista de espera quirúrgica para Artroscopia de rodilla derecha.

- En consulta de Traumatología de 30 de enero de 2018, el paciente refiere inestabilidad en rodilla derecha y empeoramiento, con dolor y sensación de aflojamiento de la misma al caminar. El examen físico describe balance articular completo (movilidad completa), no inestabilidad. Presenta roce patelar evidente. Atrofia cuadricepsital evidente. El paciente refiere que ha visitado a otro

Traumatólogo que ha indicado inestabilidad protésica y que es necesario el cambio de prótesis, y no la realización de Cirugía artroscópica. Ante la sensación de inestabilidad con dolor, se le recomienda uso de rodillera y, para valorar la posible necesidad de recambio protésico, se le solicita TAC y Gammagrafía ósea de la rodilla.

- En consulta de Traumatología de 15 de mayo de 2018, el paciente mantiene un comportamiento incívico con el Médico (según se recoge en el texto descrito en la consulta, lo cual se pone en conocimiento del Jefe de Servicio de Traumatología). Se describe que el paciente continúa con dolor en rodilla irradiado a tibia derecha.

El TAC de prótesis de rodilla derecha de 9 de febrero de 2018, no evidencia imágenes que sugieran aflojamiento de la prótesis. Ausencia de lesiones líticas periprótésicas que indiquen desgaste del material protésico. Discreto derrame articular inespecífico de predominio en recesos suprapatelares, sin otros hallazgos de interés. La Gammagrafía ósea realizada el 20 de febrero de 2018, sugiere posible aflojamiento/movilización de ambos componentes, con probable artropatía degenerativa en la articulación fémoro-patelar.

- Queda incluido en la lista de espera quirúrgica para recambio de prótesis. Se informa al paciente de la dificultad de la cirugía, advirtiéndole de la dificultad técnica y de la gran agresión quirúrgica. Se solicita analítica para descartar infección. Se pone en conocimiento de la Jefatura de Servicio que el paciente ha manifestado no querer intervenir en ese centro y que prefiere ser operado en centros hospitalarios (...) o (...). A partir de esa fecha, según historia clínica el paciente no siguió controles en consulta de Traumatología del HUNSC.

- Dada la petición del paciente de ser operado en un Centro Hospitalario distinto del HUNSC, fue llamado del Hospital de (...), pero dada la complejidad de la cirugía, y según manifiesta el propio paciente, esta intervención quirúrgica fue rechazada por el Servicio de Traumatología de dicho hospital.

- A petición del paciente que insistía en ser intervenido en hospital distinto del HUNSC, fue llamado de Hospital (...), siendo intervenido en fecha 7 de julio de 2020. Radiografía informada con signos de aflojamiento tibial. Se le realiza recambio de prótesis de rodilla derecha. Tras la intervención fue valorado por Unidad del Dolor de Hospital (...) y ajustado tratamiento analgésico, recomendándose seguir tratamiento analgésico controlado por la Unidad del dolor del HUNSC, donde fue derivado por su Médico de Familia.

- En consulta de Unidad del dolor del HUNSC el 29 de septiembre de 2020, el paciente refiere dolor lumbar bilateral irradiado a miembro inferior derecho, continuo. Con el diagnóstico de Radiculopatía lumbar irradiada a miembro inferior derecho (derivada de patología crónica degenerativa en zona lumbar), el paciente sigue tratamiento analgésico, con receta de crónicos, por su Médico de Atención Primaria, y seguimiento por Unidad del dolor.

- Por otra parte, inicia seguimiento en Unidad de Salud Mental el 20 de diciembre de 2017, remitido por su Médico de Atención Primaria por trastorno mixto ansioso depresivo. Refiere consumo diario de cannabis y ocasional de cocaína. Sigue tratamiento con antidepresivo y ansiolítico. En consulta sucesiva de 8 de mayo de 2018 se describe fallecimiento de su madre y proceso de separación. Se describen síntomas ansioso-depresivos (ansioso, lábil, cambios de humor, irritabilidad fácil, sueño irregular). Se le indica continuar tratamiento y seguimiento en dicha Unidad.

- Según documentación aportada por el propio reclamante, se le ha reconocido por el INSS, en Resolución de fecha 20 de octubre de 2016, la Incapacidad Permanente, en grado de total para la profesión habitual (auxiliar de clínica).

1.4.- Con fecha 9 de noviembre de 2020 se notifica al interesado Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia. Transcurrido el plazo conferido para la presentación de alegaciones, no se recibe nueva documentación

1.5.- 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 este caso, le es aplicable lo dispuesto en el informe de AJD 234/18 (ERP 169/17), que concluye: *«cabe considerar procedente la desestimación de la reclamación formulada (...) no habiéndose aportado por el interesado prueba suficiente que pueda sostener las alegaciones por aquel presentadas, no ha dejado acreditado que sufriera daño alguno, ni que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la lex artis ad hoc o que hubiese habido mala praxis alguna. No ha quedado acreditado que el reclamante haya sufrido un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, no mediando relación de causalidad entre el proceder médico de la Administración sanitaria y los padecimientos aducidos por aquella».*

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada por el interesado.

Las alegaciones del interesado básicamente se centran en la mala praxis en la intervención quirúrgica del año 2012 de fractura de tibia y peroné derecho, que le han ocasionado complicaciones y secuelas, como el rechazo al tratamiento ortopédico.

En segundo lugar, por demora en ser intervenido para el recambio de prótesis de rodilla derecha que ha agravado sus secuelas.

El paciente tuvo accidente de tráfico de la que resultó una fractura grave de tibia y peroné que requirió intervención quirúrgica. Dicha intervención se realizó sin incidencias, si bien el paciente tenía gonalgia crónica severa antes del accidente, con disimetría de miembros inferiores y genu valgo derecho e izquierdo. Antes del accidente fue intervenido de la rodilla en tres ocasiones

La fractura fue tratada de forma adecuada con buen resultado radiológico. El paciente fue dado de alta con recomendaciones de cuidado. Tuvo seguimiento en consultas externas de traumatología y tratamiento rehabilitador. Durante su evolución sufrió infección en la herida quirúrgica, que fue resuelto con limpieza quirúrgica y antibioterapia.

Posteriormente sufrió molestias en la placa de osteosíntesis de la tibia, que requirió nueva intervención para la extracción del material, previo consentimiento informado. Las complicaciones que surgieron se fueron atendiendo, realizándose seguimiento.

En principio tuvo respuesta satisfactoria a la intervención, pero de forma secundaria a la lesión traumática tuvo un empeoramiento sintomático en la rodilla derecha, que ya tenía alteraciones degenerativas severas y sintomatología dolorosa previa a la lesión. Todas estas circunstancias determinan una patología compleja.

En julio de 2020 fue intervenido a petición del paciente en Hospital (...) de recambio de prótesis de rodilla derecha, con posterior tratamiento analgésico y tratamiento depresivo ansioso.

2. Conclusiones del informe del SIP:

«1.- Según la historia clínica, el paciente tenía antecedentes de lesiones meniscales y cartilaginosas o condrales (condropatía) en la rodilla derecha, por las que ya había recibido tratamiento quirúrgico mediante cirugía artroscópica de rodilla en el pasado, en tres ocasiones (previo a la fractura tibio-peronea distal derecha derivada de traumatismo en accidente de tráfico).

2.- También previo al accidente, con motivo de dolor en la rodilla derecha de años de evolución, y bloqueo articular en la misma, se le habían realizado estudios de imagen. En Radiografía realizada en 2011, ya presenta alteraciones artrósicas (pinzamiento lateral, esclerosis tibial lateral y presencia de osteofitos), y en Resonancia Magnética (RM) de rodilla derecha realizada el 06/02/12, presenta alteraciones degenerativas severas (grado IV, es decir, pérdida total del espesor del cartílago con exposición del hueso subcondral) en cóndilo femoral y meseta tibial externa (compartimentos externos de la rodilla), con lesiones subcondrales, y lesiones grado I en cartílago rotuliano.

3.- La artrosis o desgaste de la articulación de la rodilla, es una enfermedad degenerativa e irreversible, que puede provocar dolor severo, rigidez articular e inflamación, pudiendo llegar a ser incapacitante. Es causada por un desgaste del cartílago articular, que es la estructura que actúa como amortiguador y protector natural. Entre sus causas se menciona, factores hereditarios, la edad, sobrepeso, sobrecarga física, deformidades congénitas, traumatismos, enfermedades metabólicas, entre otros.

4.- Los daños del cartílago que ya existen son irreversibles. Puesto que la artrosis no tiene cura, el tratamiento se centra principalmente en paliar los dolores y en ralentizar el avance de la enfermedad.

5.- El tratamiento inicial de la enfermedad es conservador mediante el uso de analgesia, antiinflamatorios, infiltraciones u otros, y ejercicios específicos de fortalecimiento muscular, además de pérdida de peso, un estilo de vida que proteja las articulaciones, ejercicios fisioterapéuticos, entre otros. Si la enfermedad degenerativa es severa y/o no hay respuesta favorable a terapias conservadoras, el tratamiento indicado sería el quirúrgico, que en casos de gonartrosis severa pasa por sustitución de la articulación de la rodilla por una prótesis.

6.- Debido a traumatismo causado por accidente de tráfico ocurrido el 10/06/12, el paciente es diagnosticado de fractura diafisaria con tercer fragmento en ala de mariposa distal de tibia y peroné, en miembro inferior derecho (MID). La fractura conminuta e inestable, es decir, grave (calificada así en el parte de lesiones), requirió intervención quirúrgica para su tratamiento.

7.- Previo a la cirugía, fue informado acerca del tratamiento a realizar y de los riesgos o complicaciones que dicho tratamiento conllevaba, quedando suscrito por el paciente el consentimiento informado (CI). Queda constancia en dicho documento que la intervención quirúrgica a realizar (si bien lo que busca es reducir la fractura para conseguir una reducción

y consolidación en una adecuada posición), tiene riesgos, que son inherentes al procedimiento quirúrgico, constando entre los más frecuentes, la infección, acortamiento del miembro o mal rotación del mismo (deformidades que no son sólo inherentes al procedimiento, sino también derivadas de la propia fractura), retardo en la consolidación, pérdida de movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada y pérdida de fuerza de los músculos del área, siendo posible la necesidad de otras intervenciones para extraer el material de osteosíntesis- EMO (si provoca molestias al paciente, lo que es conocido como intolerancia del material).

8.- La intervención quirúrgica se llevó a cabo sin incidencias, realizándose RyO (reducción y osteosíntesis) con placa tercio de caña de 7 agujeros a peroné y RA FI (reducción abierta y fijación interna) placa LCP de tibia distal de Synthes, bajo control RxTv (radiológico). Igualmente, la evolución postoperatoria resultó favorable y el control radiográfico correcto, por lo que el paciente causó alta hospitalaria con las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados y controles a seguir. Todas las actuaciones realizadas pueden considerarse adecuadas y acordes a los requerimientos del paciente.

9.- Posteriormente tuvo seguimiento en Consultas Externas de Traumatología, y tratamiento rehabilitador, actuación terapéutica idónea en estos casos, con la intención de recuperar funcionalidad (movilidad, fuerza) en el menor tiempo posible. En el transcurso de su evolución presenta infección de la herida quirúrgica, proceso que fue resuelto mediante limpieza quirúrgica y antibioterapia, con respuesta satisfactoria.

10.- Asimismo, presentaba molestias en la zona de la placa de osteosíntesis de la tibia, lo que motivó que pasado un año, como es norma, le fuera realizada nueva intervención quirúrgica para extracción de material (placa de tibia) de osteosíntesis (EMO).

11.- Según historia clínica e informe del Jefe de Servicio de Traumatología, el resultado de la cirugía del tobillo derecho (de la fractura), radiográficamente fue excelente, consiguiéndose la consolidación en adecuada posición, si bien, en estudio telemétrico (Rx de miembros inferiores) posterior (2014), realizado para el estudio de la gonalgia crónica severa (ya presente antes de la fractura de la tibia peroné distal-tobillo) del paciente, se encontró disimetría de miembros inferiores de 1.5 cm y deformidad en genu valgo derecho 7º e izquierdo 5; tanto la diferencia de longitud de miembros inferiores, como el genu valgo leve apreciado, podían estar presentes previamente a la fractura (estaba presente en los dos miembros, no sólo en el operado), verse favorecidos por la artrosis severa de la rodilla que presentaba, y también debido al antecedente de fractura, para lo cual precisó reducción y fijación con placas.

Aun teniendo alguna relación con la intervención, la deformidad (acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro operado), es una complicación inherente a la lesión e intervención quirúrgica practicada, al igual que la infección (ocurrida

aproximadamente 6 meses después de la cirugía de la fractura), la rigidez, las alteraciones sensitivas, intolerancia al material de osteosíntesis; todas ellas, complicaciones o riesgos que el paciente conocía, entendía y había asumido con la firma del CI, y para las cuales se realizó un adecuado seguimiento, tratamiento médico, rehabilitador y quirúrgico cuando fue requerido.

12.- Si bien, el paciente tuvo una respuesta satisfactoria ante las alteraciones secundarias a la propia lesión traumática y a la intervención necesaria para tratar la fractura de tibia-peroné distal del miembro inferior derecho (próxima al tobillo), secundariamente a la lesión traumática tuvo un empeoramiento sintomático de la rodilla derecha, que ya presentaba alteraciones degenerativas severas y sintomatología dolorosa con anterioridad a dicha lesión, que habían quedado reflejadas en estudios de imagen previos: En Radiografía realizada en 2011, ya presenta alteraciones artrósicas (pinzamiento lateral, esclerosis tibial lateral y presencia de osteofitos), y en Resonancia Magnética (RM) de rodilla derecha realizada el 06/02/12, presenta alteraciones degenerativas severas (grado IV) en cóndilo femoral y meseta tibial externos. También con anterioridad a la lesión del tobillo, dada las lesiones que arrastraba desde había años, había tenido 3 cirugías artroscópicas de la rodilla, es decir, hay constancia de la presencia de lesiones severas, de dolor crónico en la rodilla derecha, y de varias cirugías previas al traumatismo e intervención quirúrgica realizada para su tratamiento, que hacían que la patología de rodilla padecida por el paciente, fuera una patología compleja.

13.- En su evolución, y dado el propio carácter degenerativo, las lesiones artrósicas y el desgaste de cartílagos de la rodilla presentan un empeoramiento: En Resonancia Magnética (RM) realizada el 26/09/14, se objetiva lesión osteocondral (condropatía) femerotibial externa grado IV (severa). Presencia de osteofito (artrosis) subcondral medial en cóndilo femoral interno, con defecto de cartílago (lesión condral) a ese nivel. Rotura del cuerpo del menisco externo y fisura rotuliana medial (todas ellas lesiones degenerativas). Dada la exploración física de la rodilla derecha que presenta roce patelar y dolor en interlínea externa, deformidad en valgo, dolor en la rodilla de larga evolución y estudios de imagen compatibles con condropatía severa y rotura meniscal se realiza cirugía artroscópica de la rodilla (CA R) en fecha 19/05/15, previo CI. En dicha CAR, se constata la severidad de las lesiones: artrosis femerotibial externa, condropatía rotuliana grado IV, rotura completa del ligamento cruzado anterior, mosaicoplastia (autoinjertos realizados en antiguas CA R) integrada del cóndilo medial y rotura degenerativa del menisco externo. En la intervención se procede a retirar fragmentos (flecos) de las estructuras dañadas por el deterioro degenerativo, realizando remodelación meniscal, shaving rotuliano (afeitado del cartílago dañado), además de retirar la placa de peroné de la fractura antigua (extracción de material de osteosíntesis restante, de la fractura del tobillo).

14.- Con posterioridad a la intervención (CA R), presenta persistencia dolor en rodilla derecha, por lo que se le indica tratamiento conservador mediante analgesia, rehabilitación,

infiltraciones y plantilla para corrección de disimetría de miembros inferiores. Las actuaciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas, el seguimiento, los medios utilizados, son coherentes con la clínica presentada y los requerimientos del paciente.

15.- Ante solicitud de Traumatología de RM de rodilla derecha por cuadro de osteocondritis (lesión que penetra el cartílago y afecta el hueso subyacente) de cóndilo femoral con cuerpo libre articular, esta es realizada el 25/08/15; la misma objetiva condropatía femoropatelar grado 3. Condropatía cóndilo femoral interno grado 2. Imágenes en probable relación con Roturas de menisco externo e interno. Dada la persistencia de dolor en la rodilla derecha, condropatía severa y artrosis, se anota para quirófano (lista de espera quirúrgica) el 07/09/15.

16.- En su evolución, presenta persistencia del dolor en la rodilla derecha y avance de las lesiones degenerativas manifestadas en estudios de imagen (RM realizada el 25/08/15), quedando incluido en lista de espera quirúrgica el 07/09/15. Previo a la cirugía, en la Consulta de fecha 14/04/16, se le propone la posibilidad de realizar ligamentoplastia y mosaicoplastia, y si no hay opciones para reconstruir de forma biológica la articulación le sea implantada una prótesis, opciones que el paciente acepta, por lo que se le entrega el documento de CI.

17.- Con anterioridad a la cirugía se le hace saber al paciente los riesgos o complicaciones que lleva implícita la intervención quirúrgica, complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos. Queda constancia, en el documento de CI suscrito por el paciente que, existe un mínimo porcentaje de mortalidad y que entre las complicaciones más frecuentes se encuentran: la infección de la herida e infección ósea profunda aguda o tardía, hemorragia, lesión o afectación de troncos nerviosos, rotura o estallidos de hueso, así como perforaciones óseas, aflojamiento del material implantado, calcificaciones de los tejidos que rodean la articulación o la prótesis insertada, con limitación de su movilidad, rigidez articular, acortamiento, alargamiento o defectos de rotación o de angulación del miembro operado, persistencia de dolor articular, entre otras.

18.- El paciente con gonartrosis y dolor persistente en rodilla derecha que le incapacita para las actividades de la vida diaria, tratado en el pasado con múltiples artroscopias, le es realizada el 18/04/16, intervención quirúrgica de reemplazo articular mediante prótesis total de rodilla. Primeramente se realiza artroscopia exploradora de la rodilla, visualizando lesión condral grado IV (severa) en meseta tibial externa de 3 cm y cóndilo femoral externo de 3-4 cm en área de carga. Lesión condral grado IV en área de carga rodeando antoinjerto osteocondral (mosaico) en cóndilo femoral medial. Rotura completa de ligamento cruzado anterior. En segundo lugar, se procede a artroplastia total de rodilla derecha TRIATHLONPS (Stryker) con componentes cementados, femoral nº 6, tibial nº 7, e inserto de polietileno 9

mm. Denervación patelar. Al finalizar se describe exploración sin signos de trombosis venosa profunda ni paresia del nervio ciático poplíteo externo (sin alteraciones neurovasculares). El balance articular describe flexión-extensión 50°-5°-0°. Balance muscular 2+/5. Control radiológico correcto. Tanto los estudios, tratamientos previos, manejo del paciente, como la información facilitada, se realizó conforme a las normas. También la intervención, se realizó conforme a las normas y a lo previsto, según información facilitada al paciente, de lo cual queda constancia en la historia clínica y en el documento de CI.

19.- Con posterioridad a la intervención en la que no se describen incidencias significativas, el paciente recibió tratamiento analgésico y rehabilitador, habitual en estos casos. Su evolución inicial fue favorable con una movilidad excelente y con radiografías de control correctas en las que se describe eje adecuado (prótesis en sitio correcto), sin signos de aflojamiento, según consultas de seguimiento realizadas por Traumatología.

20.- En consulta de Traumatología de 09/11/17, se describe muy buena evolución. Balance articular 0-140°. Molestias en femororrotuliano externo, peor al extender la pierna, con sensación de resalte. La Rx de control se describe correcta. Con el diagnóstico de Prótesis de rodilla derecha y resalte cuadricepsital, se anota en lista de espera quirúrgica para Artroscopia de rodilla derecha (para revisión de la articulación y tratamiento si procede).

21.- En consulta de Traumatología de 30/01/18, el paciente refiere inestabilidad en rodilla derecha y empeoramiento con dolor y sensación de aflojamiento de la misma al caminar. El examen físico describe balance articular completo (movilidad completa), no inestabilidad. Roce patelar evidente. Atrofia cuadricepsital evidente. El paciente refiere ha visitado a otro Traumatólogo (le llamaron del Hospital (...), dado concierto con el SCS por estar en lista de espera para artroscopia), que ha indicado inestabilidad protésica y que es necesario el cambio de prótesis, y no la realización de Cirugía artroscópica. Ante la sensación de inestabilidad con dolor, se le recomienda uso de rodillera, y, para valorar la posible necesidad de recambio protésico (ya fuera por inestabilidad ligamentosa o aflojamiento protésico), se le solicita TAC y Gammagrafía ósea. La actuación del Traumatólogo fue adecuada y prudente, ante una exploración física que no mostraba inestabilidad articular y, antes de decidir una nueva cirugía (compleja dado los antecedentes previos), era razonable solicitar pruebas diagnósticas de valoración de la articulación y de confirmación.

22.- Si bien, el estudio TAC (09/02/18) no mostró signos radiológicos que sugirieran aflojamiento de la prótesis, la Gammagrafía ósea realizada el 20/02/18, sugirió la posibilidad de aflojamiento/movilización de ambos componentes, con probable artropatía degenerativa en la articulación fémoro-patelar. Dado el resultado de la Gammagrafía ósea, asociado a la persistencia de dolor en la rodilla, el 15/05/18 en consulta de Traumatología [Dr. (...)], le incluyó en la lista de espera quirúrgica para recambio de prótesis. En dicha consulta el paciente queda advertido de la dificultad técnica y de la gran agresión quirúrgica de una nueva intervención. Asimismo, se le indica analítica para descartar infección. En la

historia clínica queda reflejado el comportamiento incívico del paciente lo cual se pone en conocimiento del Jefe de Servicio de Traumatología, a la vez, que se informa del deseo expreso del paciente de no ser intervenido en ese centro, sino en los centros concertados (...) o Hospital (...) (Hospitales privados).

23.- De la información anterior se desprende que, la actuación del Traumatólogo, indicando nueva cirugía, compleja y cruenta, una vez, al menos, existen signos en una prueba diagnóstica de la posibilidad de aflojamiento de la prótesis, es la adecuada y razonable en este contexto. Asimismo, pese a las malas formas del paciente, se actuó adecuadamente, poniendo en conocimiento del Jefe de Servicio su comportamiento y su petición de ser operado en hospitales distintos del HUNSC, concretamente en los centros concertados (...) o Hospital (...).

24.- Asimismo, no se puede decir, una vez conocemos todas las actuaciones realizadas que, el dolor o el aflojamiento de la prótesis estén relacionadas con mala praxis; los medios diagnósticos, tratamientos y seguimiento del paciente son los adecuados a este tipo de patología crónica, y también existe constancia de que el paciente fue informado de las complicaciones que pueden presentarse en la cirugía de prótesis de rodilla, siendo la persistencia del dolor articular y el aflojamiento del material implantado, complicaciones frecuentes tras estas intervenciones quirúrgicas, es decir, el paciente, estaba informado, conocía, comprendía y había asumido, los riesgos o complicaciones que conlleva este procedimiento.

25.- Igualmente, el paciente fue llamado en junio/2018 del Hospital (...), pero la complejidad técnica de la intervención y los antecedentes clínicos del paciente, no hicieron posible, su intervención en ese centro, por lo que el paciente tuvo que esperar a ser llamado del otro centro concertado, que él mismo había solicitado.

26.- Atendiendo a la propia petición del paciente, fue intervenido el 07/07/2020, en Hospital (...), realizándose recambio de prótesis de rodilla derecha. Tras la intervención y según consta en historia clínica de Atención Primaria y Consulta de Unidad del Dolor (HUNSC), sigue tratamiento analgésico con seguimiento por dicha Unidad, y por su Médico de Familia, debido a otra patología también crónica y degenerativa, en este caso artrosis y radiculopatía lumbar irradiada a miembro inferior derecho. A la vez que sigue tratamiento con ansiolítico y antidepresivo por trastorno depresivo ansioso, en relación con sus patologías crónicas, con seguimiento por la Unidad de Salud Mental y Atención Primaria.

27.- El paciente no puede alegar que el HUNSC no se le haya atendido adecuadamente, el propio paciente no quería ser intervenido en el HUNSC, de hecho, no hay constancia de que haya acudido en ninguna otra ocasión a consultas de Traumatología, ni tan siquiera a razón de la analítica que se le había solicitado para descartar infección el 15/05/18. Por ello, tuvo que esperar a ser llamado por el centro concertado que él mismo había solicitado,

para que le fuera realizado el recambio protésico, mediante una cirugía que no requería urgencia.

28.- El seguimiento y las actuaciones realizadas por el Servicio de Traumatología del HUNSC demuestran que el paciente estaba siendo controlado de acuerdo a su contexto clínico y sus requerimientos, demostrando que no hubo dejadez, negligencia, ni mala práctica, todo lo contrario, tanto las intervenciones quirúrgicas practicadas como las actuaciones posteriores se llevaron a cabo conforme a *lex artis*.

29.- Las actuaciones realizadas nos llevan a considerar que, no hubo mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a lo que el caso clínico requería en cada momento, sin que pueda atribuirse a mala práctica las complicaciones postquirúrgicas surgidas o establecerse un nexo causal con una inadecuada atención».

3. La Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes 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, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación nº 89/2008) «que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, que declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos

declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

A partir de esta jurisprudencia del Tribunal Supremo, ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

4. Consta en el expediente administrativo el consentimiento informado para las intervenciones quirúrgicas realizadas.

5. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, requisito exigible para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opondrá, sin perjuicio del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

6. No resulta probado en el expediente que la Administración sanitaria se haya apartado de la *lex artis ad hoc*. El paciente tuvo un accidente de tráfico en 2012, con fractura grave de tibia y peroné. Fue intervenido satisfactoriamente, si bien la evolución fue desfavorable por múltiples complicaciones, como una infección, y los padecimientos previos del paciente en su rodilla derecha, con condropatía y artrosis severa, habiendo tenido antes del accidente tres intervenciones quirúrgicas en la rodilla.

Además, no se puede sostener que el dolor o el aflojamiento de la prótesis de rodilla estén relacionadas con mala praxis; los medios diagnósticos, tratamientos y seguimiento del paciente son los adecuados a este tipo de patología crónica, y también existe constancia de que el paciente fue informado de las complicaciones que pueden presentarse en la cirugía de prótesis de rodilla, siendo la persistencia del dolor articular y el aflojamiento del material implantado, complicaciones frecuentes tras estas intervenciones quirúrgicas, de las que el paciente estaba informado.

Por todo ello, no concurren los requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración en materia sanitaria, al ser la medicina una obligación de medios y no de resultado, y no resultar probada una actuación médica contraria a la *lex artis*. Del informe del SIP y del informe emitido por el Servicio de Traumatología del CHUNSC resulta que la actuación médica se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) es conforme a Derecho.