

<p>Expediente: 30/2018 Objeto: Solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios. Dictamen: 34/2018, de 17 de octubre</p>
--

DICTAMEN

En Pamplona, a, 17 de octubre de 2018,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente, doña Socorro Sotés Ruiz, Consejera-Secretaria, doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente doña Socorro Sotés Ruiz,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 6 de julio de 2018 tuvo entrada en este Consejo un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, del Consejo de Navarra (en lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 249E/2018, de 29 de junio, del Consejero de Salud.

Se acompaña a la consulta el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la citada Orden Foral 249E/2017, de 29 de junio, del Consejero de Salud, por la que se solicita dictamen preceptivo de este Consejo de Navarra.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Con fecha 31 de julio de 2017, don..., interpone reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, como consecuencia de dos intervenciones quirúrgicas, una de artroplastia total de cadera derecha y otra de retirada de dicha artroplastia y nueva implantación de otra prótesis de cadera derecha, en el... (...). En su escrito se analiza lo sucedido profusamente y el resultado de la operación efectuada el día 5 de octubre de 2011 en el... de artroplastia total de la cadera derecha, mediante una implantación de una prótesis de cerámica. Igualmente se explica la posterior intervención quirúrgica que se le practica el día 6 de febrero de 2012, para retirar la prótesis rota, limpiar sus restos, e insertarle una nueva, en este caso de polietileno, resultando que uno de los tornillos utilizados para fijar la nueva prótesis al hueso se fija en la operación por encima del nervio ciático (músculo piramidal), además de no haberse limpiado adecuadamente los restos de la prótesis anterior produciendo una sinovitis. Sigue relatando en su escrito el reclamante, que todo ello ha dado lugar a que estuviera de baja para sus ocupaciones habituales un periodo muy amplio de tiempo; con medicación constante para los dolores; inactividad absoluta para todo tipo de ocupaciones laborales y de ocio; habiendo tenido que dejar de trabajar como cirujano del aparato digestivo en el...; siéndole reconocida un discapacidad del 45%; quedándole importantes secuelas que limitan su movilidad. Por todo ello hizo necesario una tercera intervención quirúrgica el día 2 de noviembre de 2016, en la ..., para la limpieza de restos de la primera prótesis, sustitución, de la segunda implantada, por una nueva PTC de fricción de cerámica, y sustitución del tornillo que dañaba el músculo.

Tras los fundamentos de derecho que se consideran de aplicación, relativos a la responsabilidad del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por mala praxis médica; evaluación económica de dicha responsabilidad; plazo del ejercicio de la reclamación; y lucro cesante, termina solicitando al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que le indemnicen en la cantidad de

novecientos sesenta y seis mil seiscientos treinta y ocho euros con nueve céntimos (966.638,09 euros). Unidos a esta reclamación se han presentado los siguientes documentos:

- Historia Clínica del... (...).
- Artículo científico publicado en la Revista Española de Cirugía. Nº 255. Vol. 48 de Julio-Septiembre de 2013 “Rotura no traumática de componente cerámica-cerámica en PTC, presentación de un caso y revisión de la literatura” Autores:..., ..., ..., ..., ... Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología del.... Pamplona.
- Informe Pericial de fecha 12 de mayo de 2017 de don..., especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Informe Médico resumen de la doctora doña... de 23 de septiembre de 2015.
- Informe Médico del Hospital Ruber Internacional del doctor don... de 22 de junio de 2015.
- Informe interdepartamental de la... de 2 de septiembre de 2015.
- Informe de Cirugía Ortopédica, y Traumatología de la... de fecha 11 de septiembre de 2015.
- Informe Urgencias de la... de 15 de septiembre de 2015.
- Informe por correo electrónico del doctor... de 2 de noviembre de 2015.
- Informe de la Unidad de Hepatología de la... de 1 de febrero de 2016.
- Resolución de 23 de mayo de 2016 de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las personas.
- Informe del..., del doctor don..., sobre la tercera intervención quirúrgica.

- Informe Pericial de fecha 24 de mayo de 2017 de la perito doña..., doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Legal y Forense, de valoración del daño.
- Declaraciones del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas (IRPF) correspondientes a los años 2009 a 2016, ambos incluidos.

Iniciación del procedimiento

Mediante Resolución 34/2017, de 4 de septiembre, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se resuelve admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., asignándole el número de expediente 20731/2017, nombrando instructor del procedimiento e informándose que esta reclamación “puede implicar el acceso a los datos de su historia clínica que puedan estar relacionados con el objeto de la misma”, e igualmente del plazo máximo para resolver y de los efectos que produce su transcurso sin haberse dictado resolución expresa. Esta resolución se notifica al reclamante mediante correo electrónico el día 26 de septiembre de 2017.

Instrucción del procedimiento. Historia clínica

A instancia del instructor del procedimiento, se solicita la remisión de un informe al Servicio de Traumatología acerca de lo alegado en la reclamación que pueda facilitar la correcta valoración del caso, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

De igual manera, se solicita la remisión por parte del... de una copia del historial médico del señor... relacionada con los actos médicos realizados al mismo.

De la documentación médica aportada cabe señalar, al igual que lo hacen los informes médicos obrantes en el expediente, que los síntomas, patologías y actuaciones llevadas a cabo por los servicios sanitarios que relata la reclamación, son en términos generales, coincidentes con las

circunstancias que resultan de la documentación que integra la historia clínica del paciente.

De la amplia documentación clínica aportada cabe destacar, como relevantes a los efectos de tomar en consideración en este dictamen, los siguientes extremos:

1.- Como antecedentes del reclamante se pueden indicar los siguientes:

- Diagnosticado previamente de hernia discal L2-L3 y L3-L4.
- Hipertensión arterial en tratamiento.
- Intervenido quirúrgicamente de fractura de meseta tibial (injerto óseo).
- Colectectomizado y biopsia hepática con esteatosis.

2.- El día 15 de marzo de 2011, el reclamante acude al Servicio de Traumatología del... por presentar poliartralgias, de cuatro o cinco meses de evolución, de predominio raquídeo en caderas y rodillas. Tras las oportunas pruebas médicas se emite un diagnóstico de necrosis avascular de caderas.

3.- En la visita a la consulta de traumatología del 6 de septiembre de 2011, después de efectuar todas las pruebas necesarias de radiología y resonancia magnética, se observa clínica radicular L2-L3, descopatía crónica leve, pequeña hernia discal foraminal izquierda L3-L4, necrosis avascular de caderas estadio III en la derecha y II en la izquierda. Se propone como tratamiento la colocación de PTC derecha con implante de células plasmáticas en cadera izquierda.

4.- Con motivo de la operación el reclamante firma diversos consentimientos informados que, según consta, han sido explicados verbalmente por los correspondientes especialistas, tales como: consentimiento para la implantación de células plasmáticas; transfusión de sangre o derivados; información general sobre su inclusión en lista de espera quirúrgica en la especialidad de traumatología; recomendaciones para los pacientes que se incorporan al programa de autotransfusión;

consentimiento informado para anestesia; y, finalmente, para la intervención de implantación de prótesis total de cadera (PTC) que se firma el día 30 de agosto de 2011. Entre otras causas a reseñar se determinan en el apartado 5, las complicaciones de la intervención quirúrgica para prótesis articular del miembro inferior:

“b) Fracturas del hueso huésped durante la intervención o mas tardíamente.

(...)

f) Luxación de la prótesis que puede exigir su reducción o incluso cambio.

g) Aflojamiento de la prótesis o desgaste de los componentes que implicaría la necesidad de recambio, con peores resultados que la implantación inicial.

h) Osificaciones periprotésicas dolorosas o anquilosantes.

(...)

k) Pueden presentarse asimismo, parálisis, cojera y acortamiento del miembro.”

5.- El día 5 de octubre de 2011, se procede a la colocación de PTC derecha e injerto de células plasmáticas cultivadas en cadera izquierda, y tras tres días de ingreso hospitalario en tratamiento antibiótico, analgésico y antitrombótico, consta que se le efectúa control radiológico postoperatorio siendo correcto, dándole finalmente de alta el día 8 de octubre por evolución satisfactoria. Se le recomiendan determinadas pautas en su régimen de vida, así como de medicación; informándole que recibirá citación, por correo en su domicilio, para el mes de noviembre.

6.- El día 15 de noviembre de 2011, es visto en consulta de traumatología, y tras exploración física y exploraciones complementarias con rayos X, se le diagnostica de artroplastia total de cadera con evolución satisfactoria. Se le pauta realizar deambulación asistida en carga completa, informándole que la revisión será en mes y medio. En dicho informe consta que el paciente se mueve en carga parcial sin dolor.

7.- El 27 de diciembre de 2011, es nuevamente visto en consulta, relatando molestias ocasionales en relación con la actividad diaria. Se le

efectúa exploración física y complementaria con RX de control, siendo correcto, no apreciándose colapso en cadera izquierda, con evolución satisfactoria. Se le recomienda deambulación libre, paseos progresivos y revisión en dos meses.

8.- El día 17 de enero de 2012, es visto de nuevo en consulta de traumatología, por presentar el señor... desde hace dos semanas, sin antecedente traumático, dolor inguinal de tipo mecánico. Tras la exploración física y de RX, se observan partículas de cuerpo extraño en relación a rotura de cerámica, siendo el diagnóstico de "rotura de cerámica en PTC". Se le indica como tratamiento el recambio de PTC.

9.- Se programa operación de cambio de PTC con limpieza de toda la zona donde se ha producido la rotura de la prótesis, para el día 5 de febrero de 2012. Igualmente y como se hiciera anteriormente se le informa de los riesgos de la operación de recambio o retirada de prótesis de cadera, así como de la anestesia, transfusión de sangre o derivados, inclusión en las listas de espera para operación quirúrgica, todo ello en iguales términos a los de la cirugía de 5 de octubre de 2011.

10.- El día 6 de febrero de 2012, se procede a la realización de la intervención quirúrgica para limpieza y extracción de partículas de fragmentos cerámicos; extracción del inserto; extracción de la cúpula; preparación y colocación de cotilo con dos tornillos; y, relleno en orificios anteriores con comprobación de longitud, movilidad y estabilidad protésica.

Se le da de alta hospitalaria el día 10 de febrero de 2012, haciéndole recomendaciones acerca de su régimen de vida y de la medicación que debe tomar. Se le cita de nuevo para el día 20 de marzo, a cuya revisión acude con deambulación autónoma, refiriendo dolor en la rodilla contralateral. Tras la exploración física y de RX, se objetiva corrección en el PTC. Se le pauta deambulación con una muleta y posteriormente libre, citándole a revisión en mes y medio. El día 20 de marzo tiene consulta de revisión, encontrándose en similar situación a la de la anterior visita.

11.- En la visita del 8 de mayo de 2012, sigue refiriendo molestias bilaterales así como vértigos e hipoacusia derecha. Se le explora

físicamente y mediante RX, comprobándose en la cadera izquierda necrosis con signos de consolidación y dudosa delaminación condral. Se le indica que debe volver de nuevo al especialista con la RM de la cadera izquierda.

12.- En el informe del Servicio de Traumatología del día 1 de octubre, constan los resultados de la RM que se le realizó: “prótesis de cadera derecha. Bursitis trocantérea y glútea derecha, que ha aumentado respecto a estudio previo. Necrosis avascular estadio II en cadera izquierda, sin cambios respecto al último estudio”. Ese mismo día se procede bajo anestesia general a la realización de implante de células mesenquimales cultivadas en cadera izquierda. Se le pauta tratamiento en régimen de vida de deambulacion con dos bastones ingleses, curas periódicas y retirada de puntos en 10-12 días. Se le cita para revisión en un mes.

13.- El día 8 de enero de 2013, acude al Servicio de Traumatología donde tras las exploraciones físicas y de RX, se le diagnostica de PTC derecha con molestias en relación a entesopatía de aductores y piramidal, pautándole rehabilitación.

Acude al Servicio de Rehabilitación el día 14 del mismo mes, por presentar dolor residual de tipo mecánico, en ambas caderas, con limitación de movilidad en cadera derecha, se le diagnostica de síndrome piramidal derecho. Molestias continuas en cadera derecha con empeoramiento en la posición de sentado, refiriendo dolor irradiado hasta el talón y, si esta mucho tiempo de pie, dolor en rodilla izquierda. Camina como máximo una hora, debiendo sentarse y descansar cada quince minutos, ayudándose de un bastón. En sedestación tiene que cambiar continuamente de posición y levantarse, encontrándose cada vez peor, incluso en la cama.

De nuevo el día 5 de marzo de 2013, acude a la Unidad del Pie, constando en la anamnesis: “diagnosticado de síndrome piramidal derecho en tratamiento en rehabilitación. Refiere molestias en cadera izquierda en relación con la actividad. Molestias continuas en la derecha. Empeoramiento en la posición de sentado. Refiere dolor irradiado hasta talón.” Se le recomienda reposo y seguir con el tratamiento fisioterápico.

Tiene visita en esta unidad el día 28 de mayo de 2013, realizándole al reclamante además de las exploraciones físicas y complementarias de RX, una gammagrafía con un diagnóstico de presunción de “compatible con aflojamiento del componente femoral sin infección sobre añadida”. Se le indica tratamiento farmacológico y volver a revisión en dos meses. Acude el día 20 de agosto de 2013, indicándole seguir con el tratamiento y revisión el 10 de diciembre. Ese día acude a esta unidad y en el informe queda reflejado que también ha acudido a la Unidad del Dolor, así como se indica que en la exploración física se aprecia hipotrofia glútea y cuádriceps. Se solicita RM de cadera izquierda.

14.- En la RM de cadera del día 23 de mayo de 2012, se concluye la existencia de bursitis trocantérea derecha. Necrosis avascular estadio II en cadera izquierda, sin cambios respecto al último estudio. Cambios postratamiento en diáfisis femoral izquierda. Se le realiza otra RM de cadera el 12 de septiembre de 2012, observando que la bursitis trocantérea y glútea derecha ha aumentado respecto al estudio previo.

15.- El reclamante es atendido en el Servicio Rehabilitación, el día 10 de Junio del 2013, por la persistencia de una coxalgia derecha; por dolor en la cadera izquierda; y, por una lumbalgia en relación con sus hernias discales. En los estudios radiológicos se apreciaban restos de cerámica en el fémur y se anota que desde la rotura de la prótesis inicial caminaba en la denominada marcha en “Trendelemburg”, pudiendo caminar un máximo de una hora, precisando de la ayuda de un bastón. Sentado, tenía que cambiar continuamente de posición, empeorando incluso en la cama.

El 31 de octubre del 2013, el paciente es atendido en la Unidad del Dolor, informando que el dolor que presentaba era de carácter sordo, opresivo, y con episodios punzantes muy intensos, siendo de carácter continuo. Igualmente presentaba alteraciones hipoestésicas e hiperalgésicas por la cara anterior de ambos muslos y en la cara externa de la pierna derecha, resultando la exploración electrofisiológica que le practicaron aparentemente normal. Se le pauta farmacología para el dolor, planteándole el tratamiento con opiáceos e indicando que debía de permanecer en situación de baja laboral.

16.- El paciente fue valorado por la Seguridad Social al respecto de su incapacidad laboral. El día 2 de enero del 2014, solicitó voluntariamente el alta para ocupar la Secretaria General del Sindicato Médico Navarro, dado que ese puesto de trabajo no le obligaba a realizar los esfuerzos necesarios para el desempeño normal de su profesión como cirujano.

17.- El día 30 de octubre del 2014 se le practica una nueva Gammagrafía Ósea en la..., en la que parece objetivarse un desplazamiento lateral de la punta del vástago de la prótesis, y la presencia de una sacroileítis derecha, aconsejándole tratamiento supervisado en la Unidad del Dolor.

18.- Es nuevamente visto en la Unidad del Dolor del... el día 7 de abril de 2015, persistiendo el dolor de forma prácticamente dinámica y postural.

19.- En el informe del Servicio de Rehabilitación de 23 de septiembre de 2015, consta que durante el año 2015, se le efectúan diversas pruebas médicas como RMN de caderas, TAC pélvico, telemetría de miembros inferiores. Se le diagnostica entre otras dolencias, de artroplastia de cadera derecha dolorosa, recambio de dicha cadera por rotura de la misma, múltiples fragmentos residuales, síndrome piramidal derecho, sacroileitis derecha, coxalgia izquierda. Todo ello unido a la toma continuada de corticoides, hace que presente limitación funcional para la realización de las actividades de su vida diaria y su integración en el entorno.

20.- El 2 de junio y el 22 de noviembre de 2015, acudió a la..., siendo visto por el doctor..., considerando como posibles causas del dolor, que el tornillo del cotilo protruía en la región del piramidal; que los dolores también podían deberse a la patología discal a nivel L2-L3, o bien a una posible inflamación secundaria a la presencia de restos de partículas cerámicas. Estableció como posibles opciones diagnóstico-terapéuticas: esperar y ver la evolución; infiltración lumbar, para descartar la patología lumbar como causa del dolor; infiltración en la región piramidal para valorar necesidad de retirada de tornillo; exploración quirúrgica para proceder a una limpieza de la región, y un posible recambio parcial o no de la prótesis.

21.- El día 7 de septiembre del 2015, el señor..., tuvo que acudir al

Servicio de Urgencias de la..., por presentar un cuadro de dolor glúteo intenso que irradiaba al borde externo de la pierna derecha, haciendo sospechar un síndrome piramidal.

Le practicaron un TAC el día 9 de septiembre del 2015, en el que se informaba de que “uno de los tornillos de anclaje protésico del acetábulo, protruía sobre la región de la escotadura ciática, a un nivel alto por encima del paso del nervio ciático, que pudiera influir en la función del músculo piramidal de ese lado, que presentaba signos de una discreta atrofia respecto al lado contralateral. La exploración ponía también de manifiesto una atrofia de la musculatura glútea, sobre todo del músculo glúteo medio, probablemente por patología en su inserción, o en relación con la cirugía”.

Consta en el referido informe, en el juicio diagnóstico, que la “atrofia muscular en la región peritrocantérica derecha es atribuible a la cirugía con afectación atrófica del músculo piramidal, y que pudiera tener relación con la prominencia de uno de los tornillos de anclaje acetabular sobre el reborde postero-superior del hueso innominado”.

Ese mismo día, procedieron a administrarle una infiltración foraminal guiada por TC, introduciéndole anestésico local y toxina botulínica (bótox).

No obstante la infiltración a que se le sometió en la... surtió una mejoría clínica en las molestias dolorosas que venía sufriendo el reclamante.

22.- El día 21 de enero del 2016, se le volvió a realizar una gammagrafía ósea, apreciándose una hipercaptación a nivel lumbar bajo de L5 en el lado derecho, relacionándola con una artrosis facetaria a ese nivel.

También se detectó un aumento en la captación en el tornillo intraóseo del componente acetabular, sugiriendo una cierta movilización.

Además, se evidenció un aumento en la captación de la cabeza femoral y del acetábulo izquierdo, en probable relación con coxartrosis izquierda y antecedente de necrosis avascular femoral. También había un aumento en la captación en la articulación sacroilíaca derecha en su polo más inferior, en probable relación con sobrecarga mecánica.

23.- Los días 13 de enero y 18 de febrero del 2016, el paciente consultó con el doctor don..., en el... de Barcelona, quien concluye que: "... clínica y gammagrafía ósea muy sospechosas de fallo de integración del cotilo, que no es infrecuente en PTC dolorosas en las que no se encuentra ningún otro motivo antes de su revisión quirúrgica".

24.- El reclamante ha sido valorado por la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo del Departamento de Derechos Sociales, emitiendo resolución de fecha 23 de mayo de 2016, considerando un grado de discapacidad del 45% todo ello en base al siguiente dictamen técnico facultativo: "Limitación funcional en ambos MM.II. por necrosis aséptica ósea de etiología idiopática; limitación funcional en ambos MM.II., por osteoartrosis localizada de etiología degenerativa; limitación funcional de columna por trastorno del disco intervertebral de etiología degenerativa; discapacidad del sistema osteoarticular por síndrome álgico de etiología no filiada; enfermedad del sistema endocrino-metabólico por diabetes mellitus, tipo II complicada, de etiología metabólica."

25.- En el mes de junio del 2016, el señor... es valorado por el Jefe de la Unidad de Cadera; y el día 6 de septiembre del 2016 se decide su introducción en las listas de espera quirúrgicas.

Se observa en el consentimiento informado para recambio, firmado el día 6 de septiembre de 2016, que se han añadido algunas complicaciones además de explicarse mejor los apartados relativos a las complicaciones ya señaladas en el anterior consentimiento informado. Entre las novedades introducidas, nos encontramos con "el apartado m) imposibilidad de inserción de una nueva prótesis; el apartado o) lesión por torniquete: efectos locales de la insuflación por torniquete; respuesta metabólica del torniquete; respuesta hemodinámicas; dolor provocado por el torniquete; problemas neurológicos".

El día 2 de noviembre del 2016 ingresa en el..., donde le intervienen quirúrgicamente, y es dado de alta hospitalaria el día 10 de noviembre del 2016.

En la intervención quirúrgica se procedió a revisar la prótesis total de

cadera, observando una sinovitis en la neocápsula, con presencia de abundante tejido fibroso y un intenso infiltrado inflamatorio, de tipo cuerpo extraño, a material parcialmente disuelto.

Le realizaron una tenotomía del psoas, y tras luxar la prótesis, extrajeron la cabeza. Retiraron el polietileno y los tornillos, comprobando la estabilidad de cotilo, colocando posteriormente un inserto de cerámica y una cabeza de cerámica tamaño L. Tras reducir la prótesis y comprobar su estabilidad, aplicaron unos lavados exhaustivos y cerraron por planos sobre redones.

Durante el postoperatorio, ha presentado un importante hematoma en la zona quirúrgica que ha precisado de varios drenajes por expresión cutánea.

26.- El reclamante es visto en el Servicio de Traumatología el 20 de marzo de 2017, realizándole exploración física para revisión quirúrgica de la PTC de 3 de noviembre de 2016, indicando que “se encuentra en rehabilitación. Dolor residual en trocánter mayor que puede ser susceptible de tratamiento mediante infiltración si no se mantiene la tendencia a la mejoría. Dolor a nivel de articulación S1 derecha como consecuencia de la sobrecarga a la que ha estado sometida la columna lumbosacra.

27.- Se le hace RM de columna lumbosacra en abril de 2017, con resultado de rectificación de la lordosis lumbar fisiológica. Abombamiento discal posterior en L4-L5 que contacta con las raíces L5 en los recesos laterales.

28.- Durante los meses de abril, mayo y junio de 2017, es revisado por los especialistas de rehabilitación y traumatología del..., siendo citado la última vez que consta en el expediente, el día 7 de noviembre de 2017, para revisión en el servicio de rehabilitación.

29.- Consta la publicación que los doctores ..., ..., ..., ..., y ..., del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología del ..., hicieron en la Revista Española de Cirugía Osteoarticular (Nº 255, Vol.48, Julio-Septiembre del 2013), con el título de “Rotura no traumática de componente

cerámica-cerámica en PTC. Presentación de un caso y revisión de la literatura”.

30.- Así mismo en la diligencia del juzgado de lo contencioso-administrativo número 1, se solicita al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se remita el expediente que motivó la resolución impugnada; y, notificación de que ante ese juzgado se sigue el procedimiento ordinario número 110/2018 iniciado por don....

Informes

A solicitud del instructor del expediente, ha emitido informe el doctor don..., Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del..., de fecha 14 de noviembre de 2017.

El referido informe en relación con la reclamación presentada por don..., realiza las siguientes puntualizaciones:

“1.- Respecto a la indicación del tipo de prótesis y la elección del par de fricción hay que decir que se ajustan al consenso general en la literatura para un paciente joven y activo: par cerámica-cerámica aun conociendo el riesgo de que se pueden presentar complicaciones propias de este par de fricción: ruidos o rotura de la cerámica. Es necesario tener en cuenta que todos los pares de fricción presentan inconvenientes y complicaciones propias del par. Sopesando la relación riesgo-beneficio el consenso general es la indicación de un par cerámica-cerámica en un caso como el que nos ocupa. Por lo tanto la indicación está totalmente justificada y ajustada a la lex artis.

2.- Efectivamente la situación más frecuente tras la implantación de una prótesis de cadera es que el enfermo mejore su situación funcional y se reincorpore a la actividad previa. Pero también es cierto que, como se recoge en el consentimiento informado, existe la posibilidad de que se presenten complicaciones de diversa índole que como tal son imprevisibles y pueden hacer que el resultado de la cirugía no sea el deseado. Esto no solo rige en la cirugía protésica sino en toda actividad médica.

3.- La rotura del inserto de cerámica obliga a realizar una cirugía de recambio, sin que exista margen para cualquier otro tipo de tratamiento por lo que se actuó con diligencia a la hora de plantear el recambio lo antes posible, no siendo necesaria la realización de más pruebas complementarias.

4.- Las causas de la rotura del componente cerámico que se recogen en la bibliografía son básicamente tres: a) un traumatismo; b) una orientación defectuosa de los componentes que provoque un choque del cuello femoral con el borde de la cerámica; c) casos sin una etiología clara entre los que se incluyen defectos del material.

Es evidente que en este caso no hubo mala praxis puesto que como aparece en el parte quirúrgico del recambio se comprobó que <<no se objetiva pinzamiento en abducción ni flexión>>. Esto también se refleja en el artículo publicado por miembros del Servicio sobre esta complicación y que es citado en varias ocasiones por el reclamante. <<Se realizó una cirugía de revisión, mediante el mismo abordaje (lateral directo de Hardinge), y se observó una sinovitis reactiva, la rotura del borde antero-superior del inserto cerámico y un mellado de la cabeza (Fig. 6). Se realizó una extracción de los fragmentos de la cúpula acetabular, y limpieza con abundante suero fisiológico. Durante el acto quirúrgico se descartó, mediante visualización directa, la existencia de pinzamiento con los movimientos de flexión y rotación, tampoco se observó afectación mecánica ni desinserción de la cúpula de cerámica>>. Por lo tanto queda claro que no había defecto de orientación ni por tanto transgresión de la lex artis (suponiendo que una orientación de los componentes subóptima pueda considerarse negligente, lo cual es discutible). Lo que no está acreditado es que no existiera un traumatismo previo, siendo los hallazgos quirúrgicos (mellado de la cabeza) consistentes con esta última posibilidad.

6.- Un recambio protésico no tiene por qué tener un peor resultado que una cirugía primaria. Este resultado depende de la calidad y cantidad de hueso disponible para la reimplantación. En este caso no existió pérdida ósea debido a la rapidez con que se actuó una vez producida la rotura. Por otra parte el recambio de todos los componentes protésicos se debería a un intento de evitar que un posible defecto del material provocase nuevos problemas.

7.- Es ampliamente reconocido en la bibliografía que por muy exhaustiva que sea la limpieza articular es imposible realizar una limpieza de todos los fragmentos articulares. Siempre quedan fragmentos y debido a esto hay un permanente debate sobre el par de fricción que hay que utilizar para sustituir un par cerámica-cerámica que ha sufrido una fractura, no existiendo un consenso claro en este sentido.

8.- En muchas cirugías primarias y la mayoría de los recambios se realizan transfusiones sanguíneas, y en ningún caso esto sirve como indicador de una complicación de la cirugía.

9.- Por otra parte resulta muy difícil distinguir entre la patología irradiada de columna lumbar a las extremidades inferiores y la

originada en la propia articulación de la cadera. Lo que sí está acreditado es que el paciente también presenta patología de columna lumbar que justificaría también la clínica de <<síndrome piramidal>> o un dolor glúteo, no pudiendo afirmarse de manera taxativa que se debiera a una inadecuada implantación del mencionado tornillo del cotilo; en este sentido solo podemos decir que la posición del tornillo no es inhabitual y que la pequeña protrusión de la punta del tornillo no suele provocar ningún problema. Es habitual e incluso deseable y se busca durante la intervención que estos tornillos sobrepasen ligeramente la cortical para mejorar su agarre.

10.- En cualquier caso, las complicaciones inherentes a cualquier tipo de cirugía, e incluso los accidentes, tal y como perfectamente conoce el demandante debido a su profesión, son posibles y no necesariamente se corresponden con una mala praxis, tal y como señala en repetidas ocasiones en su reclamación.”

Dictámenes médicos

1.- Consta en el expediente, el informe pericial médico realizado a instancias del reclamante, de don Víctor Fourvel Tolosa, licenciado en medicina y cirugía, especialista en traumatología y cirugía ortopédica, miembro de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) y especialista en valoración del daño corporal.

El informe señala la documentación aportada en la que basa su informe, analizando la historia clínica de interés y la situación clínica actual.

En cuanto a las consideraciones médico-legales, manifiesta que cree imprescindible leer la publicación que los doctores que le intervinieron al reclamante, publicaron acerca de su caso en la Revista Española de Cirugía Osteoarticular (Nº 255, Vol.48, Julio-Septiembre del 2013), con el título de “Rotura no traumática de componente cerámica-cerámica en PTC. Presentación de un caso y revisión de la literatura”, y al efecto se remite a la misma diciendo que “como se ha mencionado en el apartado correspondiente al historial clínico del paciente, la prótesis total de cadera se implantó el día 5 de octubre del 2011, diagnosticándose su rotura el día 17 de enero del 2012. En el resumen de la publicación, los autores señalan que: “...A los cuatro meses de la intervención, sin antecedente traumático previo, se observó fractura de la cúpula de cerámica de la prótesis. El

paciente precisó de recambio protésico utilizándose el par cerámica-polietileno. La fractura de los componentes del par cerámica-cerámica es poco frecuente. El fallo puede ser debido a un defecto de fabricación o en la colocación del implante. Los pacientes deben ser informados sobre la posibilidad de sufrir esta complicación antes de la implantación de una PTC con par cerámica - cerámica”.

Continúa diciendo que, “al realizarle la cirugía de revisión, observaron la presencia de una sinovitis reactiva, la rotura del borde antero-superior del inserto cerámico y un mellado de la cabeza”. La publicación finaliza con las siguientes conclusiones: “(...) *La fractura de los implantes cerámicos puede deberse a un error en la manufacturación de los componentes, o a una mala técnica quirúrgica, que derive en una mala posición del componente acetabular produciendo aumentos de presión periférica, por exceso de abducción, o efecto impingement por un exceso de anteversión. Otra posible causa de la fragmentación podría ser un error en la colocación de la cúpula de cerámica y la producción de grietas en el momento de la impactación del inserto”.*

“(...) A pesar de que la fractura de la cerámica en las prótesis totales de cadera es rara de forma espontánea, por ahora no es posible eliminar por completo este riesgo a pesar de la creación de nuevos implantes más resistentes. Creemos conveniente advertir de esta potencial complicación a los pacientes que vayan a recibir un implante de estas características”.

En su informe el perito médico indica que “abogaría a favor de la tesis de que la prótesis pudiera estar fracturada cuando el paciente salió del quirófano, en la primera intervención, (...)”.

Otra consideración que realiza es la correspondiente a la información que se le realizó al paciente y al efecto dice, “aunque la rotura de los insertos en las artroplastias totales de cadera con par cerámica-cerámica es muy infrecuente, pudiendo no superar incluso el 0,003% en algunas series, no deja de ser una posibilidad cierta y que debería por lo tanto figurar en los consentimientos informados, tal y como los autores de la publicación reconocen en la misma.

Dice el perito que tampoco cabe afirmar categóricamente, ni resulta posible establecer a ciencia cierta, si se siguieron todos los pasos que garantizaran una correcta y exquisita colocación de los componentes de la prótesis. No se le practicó al doctor... ningún TAC antes de la reintervención quirúrgica.

El no haber realizado ningún estudio TAC preoperatoriamente, impidió conocer con aproximación cuál era el estado y la posición de los componentes protésicos de la prótesis fracturada.

(...) El hecho incontrovertible, es que desde la colocación de la segunda prótesis y hasta la tercera intervención quirúrgica, el Dr... no pudo dejar de acudir a las Unidades del Dolor y a los Servicios de Rehabilitación, viéndose obligado a ingerir analgésicos del tercer escalón (opiáceos...). “Tampoco parece quedar duda, al respecto de que uno de los tornillos utilizados en la segunda prótesis fue el causante del síndrome piramidal que sufrió, habiendo desaparecido este síndrome al serle retirado el tornillo en la actualidad”.

(...). En un corto espacio de tiempo, al doctor... le tuvo que ser sustituida de forma completa la prótesis inicialmente implantada. Como consecuencia de la persistencia de un cuadro doloroso después de la segunda intervención, recientemente le han tenido que cambiar también algunos componentes de la segunda prótesis.

Aunque el dolor provocado sin duda por un síndrome piramidal ocasionado por uno de los tornillos utilizado en la segunda prótesis, ha cedido al serle retirado, el apoyo defectuoso con el miembro inferior derecho durante todo este tiempo ha agravado alguno de los cuadros degenerativos previos a la primera prótesis, como la situación degenerativa postraumática de su rodilla izquierda, la necrosis avascular de su cadera izquierda, la sacroileítis que viene sufriendo fundamentalmente en el lado derecho, y la patología dolorosa que afecta a su región lumbar.

Todo ello, además, ha supuesto un irreparable deterioro en las actividades de la vida diaria del paciente (...). ”.

2.- Informe pericial médico de doña..., doctora en medicina y cirugía, especialista en medicina legal y forense efectuado el 24 de mayo de 2017.

Dicho informe tras enumerar la documentación médica analizada para la realización de esta pericial, hace un resumen de los antecedentes médicos del señor..., de las intervenciones quirúrgicas efectuadas con motivo de estos hechos, de las visitas médicas especializadas, y de los tratamientos pautados y seguidos por el mismo.

El cometido de este informe pericial es determinar los periodos de baja que ha permanecido el señor... como consecuencia de estas intervenciones quirúrgicas, así como las secuelas que se le han causado.

Tras tomar en consideración las conclusiones a las que llega el doctor... considera valorables como derivadas de la praxis médico-quirúrgica las lesiones siguientes:

- “- Recambio de prótesis total de cadera derecha, por rotura del componente cerámico (06.02.12), con persistencia de dolor importante y limitación funcional.
- Síndrome piramidal derecho, relacionado con protrusión de tornillo en vientre de músculo piramidal.
- Sacroileítis derecha por estrés mecánico.
- Agravación de la clínica de patologías previas, por sobrecarga postural y mecánica (cadera izquierda, rodilla izquierda y columna lumbar).
- Recambio de prótesis con extracción de cabeza, retirada del polietileno y de los tornillos, sustituyendo por un par cerámica-cerámica (03.11.16).”

En cuanto al periodo de estabilización lesional, el informe dice lo siguiente:

“Dado que la prótesis total de cadera colocada inicialmente en octubre de 2011 estaba indicada, consideramos que el periodo de estabilización lesional no puede contemplarse desde esa fecha sino desde la fecha en la que fue necesario el recambio protésico por rotura del componente cerámico, es decir, desde el 05.02.12, fecha de ingreso para cirugía de recambio protésico de cadera derecha en relación a la rotura de la primera prótesis.

El concepto médico-legal de estabilización lesional referido al periodo

en el que las lesiones son susceptibles de mejoría con los tratamientos farmacológicos, rehabilitadores, quirúrgicos, etc., es claramente aplicable al caso que nos ocupa, en el que los días empleados en la estabilización lesional superan ampliamente los tiempos medios establecidos en la bibliografía para una intervención de prótesis total de cadera, al haber precisado el paciente un tratamiento muy prolongado, continuado en el tiempo sin ruptura temporal en su aplicación, sin observarse mejoría significativa en su cuadro clínico y funcional hasta el mes de noviembre de 2016, una vez llevada a cabo la 3ª intervención quirúrgica.

Ello hace un total de 1.832 días de estabilización lesional, tomando como fecha de alta médico-legal la del Alta Médica de 06.02.17, tras una adecuada evolución, al considerar que quedaban ya agotadas a esa fecha las posibilidades terapéuticas con carácter curativo o de mejoría sustancial, con el siguiente desglose:

- * Del 05.02.12 al 10.02.12... 6 días de hospitalización.
- * Del 11.02.12 a septiembre 2012... 212 días improductivos.
- * De septiembre 2012 al 10.03.13... 187 días no improductivos.
- * Del 11.03.13 al 01.11.16... 1329 días improductivos.
- * Del 02.11.16 al 10.11.16... 9 días de hospitalización.
- * Del 11.11.16 al 06.02.17... 88 días improductivos.

(...)"

En cuanto a las secuelas, el informe pericial médico establece con su correspondiente puntuación, de conformidad con el baremo legal aplicable, las siguientes:

"- Prótesis de cadera...15 puntos.

Aunque la prótesis inicial estaba indicada, valoramos la situación actual derivada de la necesidad de una 3ª prótesis:

- prótesis convencional frente a miniprótesis - ahorradora de hueso-
- cadera dolorosa: dolor leve (2-3/10), que no precisa tratamiento habitual con analgesia, únicamente AINEs a demanda en situaciones concretas de sobrecarga funcional.
- leve cojera residual".

Continúa diciendo que:

"habrá que integrar también en la valoración la pérdida de oportunidad de recambios protésicos a futuro, habida cuenta de que ya se han producido dos recambios (la vida media, al no hay complicaciones

hasta el momento del recambio, es de 10 a 20 años para las prótesis más modernas). Los recambios de prótesis son intervenciones complicadas, las prótesis que se colocan para recambiarlas son más grandes que las primeras, y siempre se pierde hueso debido a que éste se desgasta. Por lo general los resultados no son tan buenos como la primera prótesis que se pone; al cambiar una prótesis el índice de satisfacción del paciente es menor que con la primera que se le puso.

- Agravación de artrosis previa.....5 puntos.

Valorando dentro de esta secuela la agravación clínica que han sufrido, por sobrecarga, otras regiones anatómicas afectadas por patologías previas que ya generaban dolor (síndrome facetario lumbar, osteoartrosis de cadera izquierda, artrosis de rodilla izquierda...), que contribuye como efecto sumativo en la limitación funcional para las actividades de la vida diaria, otorgando la puntuación máxima de la horquilla de 1-5 puntos que contempla el Baremo al valorar conjuntamente dicha agravación.

- Perjuicio estético moderado.....12 puntos.

Valorando (1) el perjuicio estético ocasionado por la cicatriz quirúrgica dado que aunque la cicatriz tiene un componente no valorable al formar parte parcialmente de la primera intervención, la cicatriz actual presenta un tamaño y un aspecto (adherida, hipercrómica) que hacen que la mirada se fije cuando está descubierta, que forme parte del recuerdo del lesionado aunque no -produce reacciones emocionales, (2) el perjuicio dinámico que supone la leve cojera a la deambulaci3n, que se incrementa con la deambulaci3n prolongada sin necesitar bast3n de apoyo.”

Las valoraciones efectuadas por la perito m3dico toman como base normativa el baremo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulaci3n de veh3culos a motor.

“Factor corrector de acuerdo a la Tabla IV del Baremo:

Concurre sin duda la existencia de un factor corrector por incapacidad Permanente Total para su actividad profesional habitual (cirujano digestivo), que debió abandonar, pero paralelo a ese aspecto profesional, hay otras consecuencias dignas de consideraci3n:

- p3rdida de la vida acad3mica (asociada al hecho de ser Jefe de Servicio por concurso oposici3n),

- p3rdida de las actividades cient3ficas (tan solo en el a3o anterior dio cinco charlas internacionales y bastantes m3s nacionales),

- asistencia a congresos nacionales, al Americano de Cirugía, pertenencia a diversas comisiones que, con independencia de la pérdida económica que hayan supuesto significaban un tipo de vida y de relaciones profesionales (también sociales, contacto con los colegas, viajes, intercambio de experiencias...) muy importante desde el punto de vista personal

- prestigio social, más de 25 años liderando la cirugía Navarra proporcionan una capacidad de análisis y conocimiento que le permitían participar en el diseño y organización de la sanidad pública.

A ello se añade la limitación en la realización de otras actividades de la vida personal, social y de ocio (actividad deportiva: esquí, monte, moto, pesca...)."

3.- Informe médico pericial emitido por el doctor don..., licenciado en medicina y cirugía, especialista en cirugía ortopédica y traumatología. Ex adjunto del Servicio de Cirugía Ortopedia y Traumatología (COT) del... Miembro de la Unidad del Hombro. Ex adjunto del servicio de COT del... Ex profesor del Instituto de Ciencias Morfológicas de la UCM. Ex profesor de la escuela de enfermería Salus Infirmorum. Traumatólogo del "Metro de Madrid". Este informe se hace por encargo de..., entidad que lo emite a instancia de la aseguradora que cubre las responsabilidades patrimoniales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Se inicia el informe con el listado de las fuentes en las que se basa el mismo. Continúa con el resumen de la historia clínica y las consideraciones médicas en cuanto a la coxartrosis. En relación con esta dolencia, que tenía el señor... se dice:

"(...) La cirugía de PTC, a pesar de disponer en la actualidad de una técnica y unos diseños muy evolucionados, así como de una buena calidad de materiales, no está exenta de riesgos y complicaciones, siendo los más habituales la infección, el aflojamiento de alguno de los componentes, las lesiones neurológicas y las trombosis venosas, pudiendo éstas derivar a un tromboembolismo pulmonar (TEP) y acabar incluso con la vida del paciente. También hay que incluir los riesgos relacionados directamente con el material implantado, como rotura del mismo, intolerancia o alergias, etc. (...)

La principal causa de fracasos es el aflojamiento del implante. La resistencia al desgaste del par de fricción y una fijación duradera implante-hueso, en la que influirá el diseño de los componentes, evitarán la osteólisis (pérdida de hueso) y el aflojamiento. La edad y el

nivel de actividad física son dos factores significativamente relacionados con la durabilidad del implante. (...).

La fricción se define como la resistencia al movimiento entre dos cuerpos en contacto, La lubricación actúa disminuyendo la resistencia a la fricción y separando las superficies de carga. El objetivo de las superficies de fricción es provocar la menor producción de partículas de desgaste y, secundariamente, la reducción a medio y largo plazo de la osteólisis, que es la causa principal del aflojamiento a largo plazo de los implantes. Las investigaciones se dirigen a conseguir superficies de fricción que produzcan la menor cantidad posible de partículas de desgaste o que las características de estas no induzcan la reacción osteolítica.

La osteólisis es un fenómeno complejo dependiente del número y cantidad de partículas de entre 0.3-10 micras, que son las fagocitadas por los macrófagos. El punto débil de la artroplastia convencional es el desgaste del polietileno, que genera muchas partículas que inducen la reacción osteolítica (...).

El par de fricción cerámica/cerámica también tiene una larga experiencia, pero los problemas que presentaron algunos implantes hace años (ruidos o rupturas de material) así como su precio hace que no sea de uso generalizado. Parece ser el par de fricción con menor desgaste, pero es menos tolerante a errores de técnica quirúrgica.

El factor más importante para el correcto funcionamiento de una prótesis, así como para una duración superior a 10-15 años, es su correcta implantación. Es difícil demostrar si determinadas actividades deportivas pueden alterar la duración de la prótesis, pero lo recomendable sería evitar deportes de impacto.”

El informe analiza la práctica médica, diciendo que: “se trata de un adulto joven para la patología a tratar, pero que se hizo precisa la indicación de colocar una PTC, una vez llegado el agotamiento de los tratamientos conservadores. No debemos olvidar que la misma patología afectaba a las dos caderas, si bien era más acusada en la derecha.

La intervención, por tanto, estaba perfectamente indicada y la técnica empleada fue la más idónea para un paciente joven es decir, por un lado, prótesis de mínima resección ósea, no cementada y, por otro, un par de fricción muy bajo (cerámica-cerámica). (...).En este caso apareció una rotura de la cerámica a los tres meses de la implantación. Es difícil saber con exactitud cual pudo ser la causa, pero tan solo caben dos posibilidades: primera, una incorrecta colocación del implante, lo que aumentaría el stress

en una determinada zona de la cerámica, provocando su rotura o, segunda, un mal uso por parte del paciente, que podría haber realizado alguna actividad no recomendada. En mi opinión particular, me inclino más por la segunda opción, dado que consta que se comprobó la correcta colocación de los componentes protésicos durante la intervención y es de suponer que el equipo quirúrgico tenía experiencia sobrada en este tipo de cirugía.

En cualquier caso, la aparición de la rotura de la cerámica no dejaría de ser la materialización de una de las posibles complicaciones innatas de esta intervención, en concreto, relativa al tipo de material. Tal complicación, por su parte, fue perfectamente tratada, procediendo al recambio de la prótesis.

La evolución se describe como favorable a lo largo de varios meses después, prácticamente un año, haciendo referencia en las revisiones periódicas a una movilidad completa y la presencia de molestias normales para la situación. Mientras, la cadera izquierda seguía siendo vigilada y tratada.

Fue en enero de 2013 cuando se hace referencia a molestias a nivel del músculo piramidal y aductores de tipo mecánico. Se diagnosticó una entesitis de los mismos y se indicó tratamiento rehabilitador.

En el supuesto de que uno de los tornillos del cotilo fuera demasiado largo y causante de la sintomatología dolorosa, ésta se habría manifestado desde el inicio tras la segunda cirugía. El hecho de no aparecer hasta transcurrido el año elimina por completo, en mi opinión, esa posibilidad, además, los sucesivos controles RX que se le fueron realizando se valoraron siempre como satisfactorios, no existiendo ningún comentario sobre un tornillo supuestamente demasiado largo. (...)

Las posteriores gammagrafías que se le realizaron insinuaban la posibilidad de un desplazamiento/aflojamiento de la punta del vástago femoral, pero no fue tenido en cuenta porque los síntomas del paciente no eran acordes con este supuesto.

Se realizó un seguimiento correcto y un tratamiento adecuado, en colaboración con la Unidad del Dolor, quien apreció un exceso de nocicepción somático profunda, en otras palabras, un umbral bajo para el dolor. Tras un año 2013 de estancamiento, en enero de 2014 se informaba de mejoría de la cadera derecha.

El paciente comenzó a solicitar segundas opiniones en otros centros, donde valoraron la posibilidad de que las molestias que persistían fueran debidas al tornillo, presuntamente demasiado largo, aunque también parecía existir un aflojamiento del mismo, según informó la nueva gammagrafía de enero de 2016. Igualmente aparecía un aumento de captación en la articulación sacroilíaca derecha, en relación con sobrecarga mecánica. Se le ofreció la revisión quirúrgica como alternativa de tratamiento, que fue finalmente aceptada por el paciente y cuyo resultado, parece ser, fue positivo al mejorar del dolor. (...)

Por parte de los especialistas del... es comprensible que no se decidieran fácilmente por una nueva cirugía (que sería la tercera) al no objetivar una causa clara del dolor, lo que no se puede calificar de mala praxis en modo alguno.”

Finalmente, el informe de Promede concluye diciendo que “tras el estudio de la documentación aportada no se aprecian indicios de mala praxis ni actuación no acorde a *lex artis ad hoc* por parte de los especialistas del Servicio de COT del C.H. de Navarra”.

4.- Informe pericial médico complementario de 24 de abril de 2018, realizado por don Pedro M. García-Polo Alguacil, a instancias de Promede y cuyo objetivo es analizar las pruebas de RX realizadas al señor... con posterioridad a la segunda operación efectuada.

A este respecto, tras repetir lo ya manifestado en su informe de febrero de 2018, indica que en concreto en relación con la imagen de RX de mayo de 2013, “(...) se aprecia una perfecta colocación de todos los componentes protésicos y se puede ver también que uno de los dos tornillos del cotilo es ligeramente largo, sobrepasando, no más de 3-4 mm, la cortical del fondo del cotilo. No parece longitud suficiente como para ser causante de la

sintomatología dolorosa, la cual, además se habría manifestado desde el inicio tras la segunda cirugía en el caso de que esa fuera la causa. El hecho de no aparecer hasta transcurrido el año elimina por completo, en mi opinión, esa posibilidad, además, los sucesivos controles RX que se le fueron realizando se valoraron siempre como satisfactorios, no existiendo ningún comentario sobre ese tornillo supuestamente demasiado largo. También hay que tener en cuenta que estos tornillos tienen una punta redondeada, no traumática y que, normalmente, el organismo se “defiende” formando una fibrosis dura alrededor de ese punto de roce, quedando así “protegido”.

Concluye este segundo informe reafirmando en su totalidad con el emitido con anterioridad.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de 18 de mayo de 2018, el instructor dio trámite de audiencia al interesado por un periodo de 10 días hábiles, para que pudiera formular nuevas alegaciones, aportar los documentos y justificaciones que estimase pertinentes, dándosele copia de todos los documentos médicos incorporados al procedimiento como son: la historia clínica de don... relacionada con los hechos objeto de la reclamación, remitida por el Gerente del...; el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del...; y, por último los dictámenes médico legales realizados por Promede a instancias de la aseguradora de la Administración.

En virtud, del traslado conferido y de la documentación obrante en el expediente, don..., formaliza en plazo el escrito de alegaciones, reiterando la mala praxis por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, analizando los informes periciales médicos aportados por Promede, contrastándolos con los informes médicos periciales aportados con su escrito de reclamación, así mismo contesta el informe efectuado por el doctor... Termina su escrito considerando, como ya solicitó en su escrito de reclamación inicial, la obligación de la Administración de indemnizar al reclamante en los mismos términos que su reclamación.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución precedida de un informe jurídico de fecha 14 de junio de 2018, de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

En su fundamentación se refiere a las conclusiones del informe efectuado por el Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del... y a los dictámenes médico legales realizados por Promede a instancias de la aseguradora de la Administración.

En consecuencia, se propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don..., por presuntos daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la intervención quirúrgica de artroplastia total de cadera derecha practicada en el

Así mismo, se considera que procede solicitar dictamen del Consejo de Navarra, ya que de conformidad “con lo dispuesto en el apartado d) del artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, en relación con el artículo 14.1.i) de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, del Consejo de Navarra”, que establece la solicitud de dictamen preceptivo a este órgano consultivo, al ser el importe de la indemnización reclamada superior a trescientos mil euros (300.000 €).

II. CONSIDERACIONES JURIDICAS

II.1ª. Carácter preceptivo del dictamen

La consulta que se nos efectúa versa sobre una reclamación formulada por don... por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria, siendo responsable de los mismos el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dependiente de la Administración Foral de Navarra, solicitando una indemnización de novecientos sesenta y seis mil seiscientos treinta y ocho, con nueve euros (966.638,09 €).

El dictamen del Consejo de Navarra tiene carácter preceptivo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1.i) de la Ley Foral 8/2016, de 9 junio, sobre el Consejo de Navarra (LFCN).

En consecuencia, de acuerdo con el precepto citado, este Consejo emite dictamen al ser preceptivo dado que la consulta versa sobre una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a trescientos mil euros (300.000 €).

II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento

La Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), regula en sus artículos 80 y siguientes el procedimiento en materia de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, solicitud de otros informes necesarios, audiencia de los interesados, dictamen del Consejo de Navarra cuando sea preceptivo, propuesta de resolución y por último resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación (artículo 82).

Por otro lado, la determinación del órgano competente para dictar la resolución se atribuye en el artículo 116 de la LFACFN, en los supuestos derivados de responsabilidad patrimonial a la Presidencia o Dirección de la Gerencia de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención prestada a la reclamante, obrando en el mismo su historial clínico, los informes emitidos por los distintos servicios médicos; los informes médico periciales aportados con la reclamación; así como los informes de la asesoría médica Promede en relación con los hechos objeto de la reclamación. Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de todo lo obrante en el expediente para presentación de alegaciones y de la documentación que estimara necesaria para la defensa de sus intereses, todo ello previo a la propuesta de resolución.

En base a lo anterior, consideramos que en términos generales se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración por asistencia sanitaria: regulación y requisitos

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra, en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 32 a 37 (capítulo IV del título preliminar) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32.1 de la LRJSP, a cuyo tenor “los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico que soportar de acuerdo con la Ley.”

“En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas” (artículo 32.2). “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales y económicas que las leyes puedan establecer en estos casos. (...)” (artículo 34.1). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como

referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social” (artículo 34.2). Los interesados solo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPACAP).

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización; y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

Por su parte, el artículo 77.1 de la LFACFN, dispone que, mediante el procedimiento establecido en la misma, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá reconocer el derecho a indemnización de los particulares por las lesiones que sufran en cualesquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

II.4ª. La relación de causalidad y antijuridicidad del daño: acerca del cumplimiento o no de la “lex artis”

De acuerdo con lo señalado por este Consejo en dictámenes anteriores (entre otros, siendo los más recientes, los números 42/2017, de 11 de octubre, 44/2017, de 30 de octubre, 47/2017, de 16 de noviembre, y y el 6/2018, de 5 de marzo), el sistema real de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario, la traslación del principio de objetividad puede dar lugar a resultados no solo contrarios a un elemental principio de justicia, sino también a la función del instituto

indemnizatorio. Por ello reiterada jurisprudencia señala que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales a las que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso (SSTS de 16 de marzo de 2005, 20 de marzo de 2007 y 26 de junio de 2008); y, por otro lado, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS de 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no es suficiente para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el ámbito de la Administración sanitaria, en la medida en que no es posible garantizar en toda circunstancia la curación de los enfermos, se viene utilizando como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, a los efectos de determinar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, el criterio de la "lex artis", pues la obligación del profesional sanitario se concreta en prestar la debida asistencia al paciente.

En este sentido, la STS, Sala 3ª, de 23 de febrero de 2009 - citada en la de 18 de diciembre de 2009 - resume sintéticamente la doctrina en este ámbito señalando que "la responsabilidad de las administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa, se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente.(...) Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4 , de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos

de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la Ley 30/1992); nada más y nada menos”.

Continúa diciendo la sentencia que “esta peculiar configuración exige de quien reclama que justifique, al menos de modo indiciario, que se ha producido por parte de las instituciones sanitarias un mal uso de la *lex artis*. Esta prueba puede ser, como acabamos de indicar, la de presunciones, admitida actualmente en nuestro derecho por el artículo 386 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, de modo que si, a partir de circunstancias especiales debidamente probadas y acreditadas, se obtiene, mediante un enlace preciso y directo conforme a las reglas del criterio humano, que el daño que sufre el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la *lex artis*.

Por otra parte, la denominada “*lex artis*” se identifica con el “estado del saber”, considerando, en consecuencia, como daño antijurídico aquel que es consecuencia de una actuación sanitaria que no supera dicho parámetro de normalidad. En este sentido, el art. 141.1 de la Ley 30/1992 establece que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de los mismos, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos supuestos. Así, la sentencia de 25 abril 2002 declaró que: “Prestada la asistencia sanitaria con arreglo a la regla de la buena praxis desde el punto de vista científico, la consecuencia de la enfermedad o el padecimiento objeto de atención sanitaria no son imputables a la actuación administrativa y por tanto no pueden tener la consideración de lesiones antijurídicas”.

En el presente caso nos encontramos con una reclamación patrimonial en la que se alega negligencia médica por dos actuaciones quirúrgicas que se efectúan al reclamante. Por un lado, en relación con la operación a la que se le somete en octubre de 2011 para implantarle una prótesis de cadera total de cerámica, y en la que a los cuatro meses se rompe uno de los

componentes de la PTC, lo que obliga a realizar una segunda operación para la limpieza de cuerpos extraños y colocación de una nueva PTC. Y, por otro lado, la segunda intervención quirúrgica de febrero de 2012, que se le realiza como hemos descrito, y en la que debido a la colocación de uno de los tornillos, se atraviesa el vientre del nervio piramidal, y no se limpian adecuadamente los fragmentos de la prótesis rota, obligando ante la situación médica y personal en la que queda el paciente, a someterle a una tercera intervención, para la limpieza total de los fragmentos alojados y cambio de una nueva PTC de cerámica.

Acerca de la negligencia médica y vulneración de la lex artis

Dado que la reclamación, como ya hemos dicho, puede tener su origen en la existencia de dos supuestas negligencias médicas, en diferentes actos o intervenciones médicos, se hace necesario analizar de forma independiente ambas intervenciones quirúrgicas.

1) La intervención médico quirúrgica a la que se sometió el reclamante el día 5 de octubre de 2011.

La operación quirúrgica que se le practica al reclamante tiene razón de ser, al no existir otras soluciones médicas por agotamiento de las mismas, con un diagnóstico de necrosis avascular de caderas estadio III en la derecha y II en la izquierda, por lo que se le prescribe la colocación de una prótesis total de cadera derecha con implante de células.

En cuanto a la indicación del tipo de prótesis que se le coloca y la elección del par de fricción, denominado par cerámica-cerámica (C-C), coinciden tanto los peritos médicos que emiten informe pericial en este caso, como el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del... y, los médicos especialistas que le intervienen, que es el más recomendable para un paciente joven y activo, debido principalmente a su bajo coeficiente de fricción, la escasa interacción biológica de sus partículas y sobre todo por la larga supervivencia de los implantes. Considerando que no obstante, siempre hay riesgo de que se puedan presentar complicaciones propias de este par de fricción, y afirmándose por los especialistas que las principales causas de fracaso debidas a estos materiales son la fractura de sus

componentes, los chirridos producidos por el rozamiento de las superficies y la osteólisis generada por sus partículas.

De acuerdo con el protocolo que se sigue con anterioridad a una intervención quirúrgica de esta naturaleza, se le efectúan las pruebas necesarias para ello, tales como radiológicas, incluida una resonancia magnética, relativas a la administración de anestesia, de la implantación de células plasmáticas, y, transfusión de sangre o derivados. Así mismo, consta en su historial que ha sido informado por los especialistas que intervienen en la operación de forma verbal y escrita de los riesgos que tenía la intervención de artroplastia total de cadera, así como de la implantación de células plasmáticas, anestesia, transfusión de sangre y derivados, firmando además los correspondientes consentimientos informados. Lo cierto es que el reclamante, por su profesión de médico cirujano del aparato digestivo así como ejercer la misma en el..., en calidad de jefe del servicio, además de poder comprender mejor la operación a la que se le sometía, tenía más elementos de juicio para poder conocer los riesgos de este tipo de operación y solicitar quizás, más explicaciones que otras personas en su misma situación médica.

El día 5 de octubre de 2011, se procede a la intervención quirúrgica programada en la que según consta en su historial, se opera, “mediante un abordaje lateral (tipo Hardinge) de cadera derecha, realizándose una artroplastia de cadera. La prótesis implantada fue un cotilo CSF Plus Furlong de JRI de 50 mm fijado con 3 tornillos, inserto pressfit Biolox Delta de 36 mm y un vástago Mini Hip de Corin tamaño 5 con cabeza de cerámica de 36 mm sobre cuello corto.”

Como señalan los médicos que le intervinieron, en su artículo científico publicado en la “Revista Española de Cirugía Osteoarticular” número 255, “durante la intervención quirúrgica se observó que no se producía choque a nivel de interfaz cuello-cúpula. No hubo incidencias quirúrgicas. El control radiográfico posterior a la intervención fue correcto. El paciente fue dado alta a los 3 días con las indicaciones habituales en nuestro servicio para este tipo de intervención.”

Consta en el historial médico posterior a la operación que en la primera revisión postoperatoria del día 15 de noviembre de 2011, tras la exploración física y exploración con rayos X se observa una evolución satisfactoria, estando asintomático, con movilidad amplia e indolora. En el control radiológico no aparecían signos de aflojamiento, ni movilización. En la segunda revisión efectuada el día 27 de diciembre de 2011, el paciente refería molestias ocasionales, sin haber presentado antecedente traumático, ni sonidos o “chirridos”. En la exploración física se apreciaban molestias con la flexión y rotación forzada y en el control radiológico se descartaban signos de movilización.

El día 17 de enero de 2012, el reclamante acude a consulta de traumatología al presentar desde hacía dos semanas, sin antecedente traumático, dolor inguinal de tipo mecánico, con incremento del dolor y mayor limitación para la actividad física. En la exploración física se observa dolor con la movilización de la cadera, sin pérdida del arco de movilidad. Se le hace una radiografía de cadera, observándose partículas de cuerpo extraño en relación a rotura a nivel de la cabeza femoral derecha y de la cúpula de cerámica, compatible con fractura del componente acetabular de cerámica.

Por ello, se programa efectuarle una operación de cambio de PTC con limpieza de toda la zona donde se ha producido la rotura de la prótesis, después de realizarle todas las actuaciones preoperatorias y protocolarias, junto con la información correspondiente y la firma de los consentimientos informados. Por lo que, el día 6 de febrero de 2012, se realiza una cirugía de revisión y se observa una sinovitis reactiva, la rotura del borde antero-superior del inserto cerámico y un mellado de la cabeza. Se hace una extracción de los fragmentos de la cúpula acetabular y limpieza con abundante suero fisiológico. Se descarta, mediante visualización directa, la existencia de pinzamiento con los movimientos de flexión y rotación no observándose afectación mecánica ni desinserción de la cúpula de cerámica.

Como se ha dicho, los médicos que le operaron han analizado esta operación en una revista especializada, y después de referirse a estudios

estadísticos realizados, los datos con los que se cuenta en relación a roturas de PTC en par cerámica-cerámica son dos casos de fractura sobre inserto (cúpula) de cerámica, pero con diferencias con el supuesto que nos ocupa. Así, “en uno de ellos se produjo la fractura-disociación, mientras que en otro se observó intraoperatoriamente múltiples fragmentos, no pudiendo descartarse disociación previa”. En el caso del reclamante, “tan solo se produjo lesión del anillo periférico de la cúpula, el inserto estaba estable y se comprobó que no se producía atrapamiento en ningún movimiento”.

Según continua reseñando el estudio médico especializado en relación con la intervención quirúrgica del señor..., “la fractura de los implantes cerámicos puede deberse a un error en la manufacturación de los componentes o a una mala técnica quirúrgica que derive de una malposición del componente acetabular, produciendo aumentos de presión periférica (...)” y “otra posible causa de la fragmentación podría ser un error en la colocación de la cúpula de cerámica y la producción de grietas en el momento de la impactación del inserto”.

Del expediente administrativo y de los informes médico-periciales que obran en el mismo, no se puede deducir, ni hay pruebas al respecto, acerca de que el material implantado fuera defectuoso. Tampoco se infiere que la colocación de la prótesis en el paciente hubiera sido debida a una mala técnica quirúrgica, por cuanto que como dice el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del..., “es evidente que en este caso no hubo mala praxis, puesto que como aparece en el parte del recambio se comprobó que << no se objetiva pinzamiento en abducción ni flexión>> (...), tampoco se observó afectación mecánica ni desinserción de la cúpula cerámica. Por lo tanto queda claro que no había defecto de orientación ni por tanto transgresión de la lex artis (suponiendo que una orientación de los componentes subóptima pueda considerarse negligente, lo cual es discutible)”.

Para analizar si ha habido una vulneración de la “lex artis” por parte de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en esta primera operación, se debe tener en cuenta además que tras la intervención quirúrgica se realizó al paciente una prueba radiológica de cadera

anteroposterior intraoperatoria comprobándose la correcta colocación de la prótesis. En las revisiones posteriores efectuadas a los cuarenta y sesenta días de la operación, además de ser la exploración física satisfactoria, en el control radiológico no se mostraban signos de aflojamiento, ni movilización. Es a los cuatro meses de la misma, cuando hay un incremento del dolor y mayor limitación para la actividad física, y “en la radiografía de cadera se observan partículas radio-opacas a nivel de la cabeza femoral derecha y de la cúpula de cerámica, compatible con fractura del componente acetabular de cerámica”, según la descripción que se realiza en la revista médica ya mencionada.

En dicha publicación médica especializada, se concluye diciendo que “a pesar de que la fractura de la cerámica en las PTC es rara de forma espontánea, por ahora no es posible eliminar por completo este riesgo a pesar de la creación de nuevos implantes más resistentes. Creemos conveniente advertir de esta potencial complicación a los pacientes que vayan a recibir un implante de estas características”.

Como expresamos en nuestro dictamen 30/2017 de 3 de julio, respecto a la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria el Tribunal Supremo en la sentencia de la Sala Tercera, Sección 4ª, de 30 de abril de 2013, recurso 2989/2012, dice que “la jurisprudencia de esta Sala utiliza el criterio de la “lex artis” como delimitador de la normalidad de la asistencia sanitaria; así la sentencia de fecha 30 de septiembre de 2011 en recurso 3536/2007 cuando habla, citando otras sentencias anteriores, de que la responsabilidad de las administraciones públicas, es de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente.

Se configura así la asistencia sanitaria como una prestación de medios por lo que ha de atenderse a si, efectivamente, fueron utilizados los medios materiales y humanos adecuados a la situación.”

Por lo tanto, hemos de concluir que efectivamente por parte del Servicio de Traumatología del..., se atendió al reclamante como debía esperarse, aplicándole la técnica de implantación de PTC de forma correcta y con un material, el de cerámica-cerámica, recomendado por los especialistas como el más idóneo para pacientes jóvenes con actividad física, de hecho en la última de las operaciones a las que se le ha sometido en noviembre de 2016, se le ha vuelto a implantar un par de fricción de las mismas características que esta primera intervención, no constando, por otro lado, que el inserto que se le introdujo fuera defectuoso.

Por lo que, consideramos que no se ha infringido la lex artis ad hoc.

2) Acerca del consentimiento informado.

Uno de los elementos del concepto de lex artis ad hoc es precisamente el consentimiento informado, que ha sido definido por la jurisprudencia como "(...) el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario administrado, en virtud de la cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario información suficiente: en términos comprensibles, que le posibilita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de las decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, quedando configurado por vía jurisprudencial como elemento integrante del concepto de "lex artis ad hoc." (SSTS de 25 de abril de 1994 y de 24 de mayo de 1995).

El consentimiento informado tiene como fundamento constitucional el principio de autonomía de la persona para decidir sobre su integridad física, para "autodeterminarse"; facultades que en definitiva derivan del principio de libertad individual y de la dignidad de la persona, reconocido en el artículo 10.1 de la Constitución Española.

En nuestro caso, aparece el documento de consentimiento informado para "la intervención de implantación de prótesis total de cadera (PTC) y

cedulas plasmáticas” del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del..., firmado por don José Miguel Lira Tricas, el día 30 de agosto de 2011, obrante en los folios 419 y 420 expediente. Se hace mención en el mismo a los siguientes apartados: propósito de la intervención; intervención bajo anestesia; identificación y descripción del procedimiento; complicaciones comunes y potencialmente serias a toda intervención quirúrgica que podrían requerir tratamientos complementarios. En concreto en el apartado 5, es donde se concretan de forma clara y concisa los riesgos y complicaciones de dicha intervención. Reproducimos las informaciones recogidas en el documento que se consideran guardan relación con las complicaciones sufridas por el reclamante:

- f) Luxación de la prótesis que puede exigir su reducción o incluso cambio.
- g) Aflojamiento de la prótesis o desgaste de los componentes que implicaría la necesidad de recambio, con peores resultados que la implantación inicial.
- h) Osificaciones periprotésicas dolorosas o anquilosantes.
- k) Pueden presentarse asimismo, parálisis, cojera y acortamiento del miembro.

Además en el párrafo del consentimiento denominado “declaraciones y firmas”, se dice:

“El/la médico que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se realiza y para qué sirve. También, ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.”

Aparecen firmados otros consentimientos informados de otros servicios del ... y de la ..., con motivo de la realización de diferentes pruebas y tratamientos efectuados al reclamante, que no es necesario mencionar por no tener relevancia en relación con las lesiones que nos ocupan.

Se ha cumplido por la Administración sanitaria con lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de

derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, al exigir en su artículo 8, el previo consentimiento del afectado, libre y voluntario, para toda actuación en el ámbito de su salud, una vez que recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias de su caso. Y el artículo 4 recoge en los términos más amplios, el derecho de los pacientes a conocer toda la información, disponible, sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud.

En el supuesto aquí analizado, por tanto, el hecho de que haya acontecido, desgraciadamente, uno de los riesgos de la intervención quirúrgica, y, que el grado de éxito de la cirugía practicada no haya sido el esperado, no permite estimar o considerar que se haya producido un defecto en la obtención del consentimiento informado del paciente habida cuenta de la expresión de los riesgos generales y específicos del tipo de intervención a la que el señor... iba a ser sometido. Para finalizar, citamos y reproducimos parcialmente la Sentencia del Tribunal Constitucional número 37/2011 de 28 de marzo, que dice:

“El consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal.

Ahora bien, para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos. De esta manera, el

consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación.

La información previa, que ha dado lugar a lo que se ha venido en llamar consentimiento informado, puede ser considerada, pues, como un procedimiento o mecanismo de garantía para la efectividad del principio de autonomía de la voluntad del paciente y, por tanto, de los preceptos constitucionales que reconocen derechos fundamentales que pueden resultar concernidos por las actuaciones médicas, y, señaladamente, una consecuencia implícita y obligada de la garantía del derecho a la integridad física y moral, alcanzando así una relevancia constitucional que determina que su omisión o defectuosa realización puedan suponer una lesión del propio derecho fundamental”.

Por todo ello, consideramos que el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del... cumplió con la obligación de informar adecuadamente al señor... acerca los riesgos que entrañaba su intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma podían derivarse.

3) Acerca de la intervención quirúrgica del día 6 de febrero de 2012, para limpieza y extracción de partículas de fragmentos cerámicos; extracción del inserto y de la cúpula; y colocación de cotilo.

Con motivo de los problemas surgidos en la PTC por de fricción cerámica implantada anteriormente, el día 6 de febrero de 2012, tal y como estaba programado, se procede a la intervención quirúrgica para limpieza y extracción de partículas de los fragmentos cerámicos de la prótesis; extracción de la misma y de la cúpula; y, colocación de una nueva.

Para ello los cirujanos utilizaron “de nuevo la vía de acceso lateral, extrayendo líquido articular limpio para su cultivo, apreciando una rotura del inserto en su borde superior, entre las posiciones horarias 5 y 11. Comprobaron que no había pinzamiento en abducción ni en flexión, y que no se había producido ninguna afectación mecánica en la cúpula acetabular. Extrajeron el inserto y la cúpula y colocaron un cotilo Crown Cup de 52 milímetros, con dos tornillos, poniéndose para ello un vástago, una cabeza

de 32 milímetros y un cuello de 3,5 milímetros. Posteriormente se comprobó la longitud, la movilidad y la estabilidad protésica, colocándole unos redones y procediendo al cierre por planos”. Tras estar ingresado en el... es dado de alta el día 10 de febrero.

Es visto en consulta los días 20 de marzo, 8 de mayo y 1 de octubre de 2012, y, es en esta última visita cuando se le realiza una resonancia nuclear magnética (RM) apreciando una bursitis trocantérea y glútea derecha. La cadera izquierda no presentaba cambios respecto a estudios anteriores, por lo que se procede a un implante de células mesenquimales bajo anestesia.

Dado que sigue con dolores, el día 8 de enero de 2013, se le pauta rehabilitación, y en la consulta del 5 de marzo de 2013, se le diagnostica de “síndrome piramidal derecho en tratamiento en rehabilitación. Refiere molestias en cadera izquierda en relación con la actividad. Molestias continuas en la derecha. Empeoramiento en la posición de sentado. Refiere dolor irradiado hasta talón.”

En la gammagrafía ósea de 28 de mayo de 2013, se sugiere un aflojamiento del componente femoral sin infección. En las siguientes visitas de 20 de agosto y 10 de diciembre de 2013, el reclamante continúa con dolores en tratamiento farmacológico, constando en el informe de este último día que acude a la Unidad del Dolor. Así respecto de esta Unidad, en el informe de 31 de octubre de 2013, se refiere que presentaba dolor sordo y opresivo con episodios punzantes muy intensos, siendo de forma continua, con alteraciones hipoestésicas e hiperalgésicas por la cara anterior de ambos muslos y en la cara externa de la pierna y se le pauta farmacología para el dolor, en concreto opiáceos.

Durante todo este periodo el reclamante ha estado incapacitado para el trabajo y en la revisión del día 2 de enero de 2014, solicita voluntariamente el alta para ocupar la secretaría del Sindicato Médico Navarro, dado que no podía desempeñar su trabajo como cirujano general en el...

En la gammagrafía que le hacen en la... (...) el 30 de octubre de 2014, se objetiva un desplazamiento lateral de la punta del vástago de la prótesis,

y una sacroileitis derecha, debiendo seguir en tratamiento farmacológico en la Unidad del Dolor.

De los informes se deduce que, el paciente durante el año 2015, sigue con dolor en tratamiento y así mismo en rehabilitación, todo ello en el..., sin que aparezca mejoría. Por ello, además de a la... acudió en junio y noviembre de 2015 a la..., en donde se consideró como posibles causas del dolor, que el tornillo del cotilo protruía la región del piramidal, y que también podía deberse la patología discal a nivel L2-L3, a una posible inflamación secundaria por la presencia de restos de partículas cerámicas.

En el informe del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la..., respecto de la RM de cadera de 6 de julio de 2015, se dice que, “habría que destacar que el tornillo de anclaje del cotilo protésico de localización posterior, sobrepasa el transfondo acetabular, llegando su punta hasta el vientre del músculo piramidal”.

Entre tanto, dado que los dolores eran intensos, acude a la... el día 7 de septiembre de 2015, y se le pauta “una infiltración foraminal guiada por TC utilizando la técnica de localización e infiltración con bótox del músculo piramidal derecho”. La intervención se realiza el día 9 de septiembre y en el comentario realizado sobre la técnica utilizada, se dice que “tras localizar el músculo piramidal, se introduce aguja 20 g. inyectando anestésico local hasta alcanzar las porciones proximal y media del vientre muscular, introduciéndose (...). La porción médica del vientre muscular coincide con la prominencia del tornillo acetabular”. Así mismo, en el TAC de pelvis ósea que le efectúan al reclamante el día 9 de septiembre, previo a la infiltración foraminal guiada, se indica que, “cabe señalar que uno de los tornillos de anclaje protésico del acetábulo, protruye sobre la región de la escotadura ciática, a un nivel alto por encima del nervio ciático, y que pudiera influir en la función del musculo piramidal de este lado que presenta signos de una discreta atrofia respecto al lado contralateral”. En el diagnóstico se aprecia, “atrofia muscular en la región peritrocantérica derecha atribuible a la cirugía con afectación atrófica del músculo piramidal, y que pudiera tener relación con la prominencia de uno de los tornillos de anclaje acetabular sobre el reborde postero-superior del hueso innominado”.

En la gammagrafía ósea que se practica en dicho centro privado, el día 21 de enero de 2016, se confirma el diagnóstico del TAC anteriormente referido, “llamando la atención la existencia de un aumento de captación en el tornillo intraóseo del componente acetabular de la prótesis total de cadera derecha, hallazgo que supone una cierta movilización”. De igual manera en la consultas que realiza los días 13 de enero y 18 de febrero de 2016, al centro médico Teknon de Barcelona, se concluye que “(...) clínica y gammagrafía ósea (son) muy sospechosas de fallo de integración del cotilo, que no es infrecuente en PTC dolorosas en las que no se encuentra otro motivo antes de su revisión quirúrgica.”

En la consulta en el..., a la que acude el señor... en junio del 2016, aportando todas las pruebas complementarias e informes de los centros sanitarios privados a los que acudió, es valorado por el Jefe de la Unidad de Cadera, pautando una intervención quirúrgica de retirada de la PTC, limpieza de la zona e inserción de una nueva prótesis cerámica, similar a la primera que se le implantó. Esta intervención quirúrgica se realiza en la ... del..., constando en relación con la misma en el informe que emite el Jefe de Traumatología, Cadera-Tumores de 22 de marzo de 2017, que al abrir para retirada del PTC se aprecia “sinovitis en la neocápsula, muestra AP (tejido fibroso denso con neo sinovial y con intenso infiltrado inflamatorio linfocitario y granulomatoso de tipo cuerpo extraño a material parcialmente disuelto)”.

Consta por las propias manifestaciones que realiza el reclamante en su escrito de reclamación, así como en las alegaciones que presenta, que esta tercera intervención le ha supuesto una mejoría clínica importante.

Entrando a analizar la intervención quirúrgica de 6 de febrero de 2012, entendemos que hay tener en cuenta la existencia de varios hechos indubitados en la misma:

- 1.- El objetivo de esta segunda cirugía era retirar la PTC por fricción de cerámica por haberse roto la cabeza de la misma, limpiar los restos que se produjeron con dicha rotura, e instaurar una nueva PTC en este caso de polietileno.

2.- Consta por diferentes pruebas que se le hacen el 23 de mayo, 8 de agosto, 12 de septiembre y 1 de octubre de 2012, que el reclamante, a los pocos meses de esta operación empieza a mostrar dolor, que se va incrementado hasta hacerse intenso a lo largo del tiempo, con movilidad incompleta y reducida, utilización de bastón para deambular, hasta el punto de impedirle realizar una vida normal.

3.- Ha tenido que acudir de forma casi periódica a diferentes servicios médicos para tratar de conocer el motivo de su situación personal sanitaria tras la operación, así, como para que se le pautaran tratamientos paliativos del dolor, rehabilitación, e intervenciones de cirugía menor con el objetivo de intentar solucionar su problema.

4.- En las pruebas diagnósticas que se le efectúan durante el año 2013, se evidencia la existencia de un aflojamiento del componente femoral (gammagrafía ósea de 28 de mayo de 2013).

5.- En los diagnósticos referidos a la gammagrafía ósea, TAC de cadera y RM efectuados en la..., "se observa que uno de los tornillos del anclaje protésico del acetábulo, protruye sobre la región de la escotadura ciática, a un nivel alto por encima del nervio ciático, y que pudiera influir en la función del musculo piramidal". Ello también está confirmado por especialistas de la... y de la... a donde acude para tener otras opiniones médicas, ante su dolorosa situación.

6.- La tercera intervención quirúrgica a la que se somete al reclamante para retirada del PTC de polietileno e inserción de un nuevo PTC de cerámica, indica por un lado que quedaban restos de partículas de primera prótesis de cadera insertada, lo que producía una sinovitis en la neocápsula presentando abundante tejido fibroso, con un intenso infiltrado inflamatorio de tipo cuerpo extraño, a material parcialmente disuelto; y, por otro lado, que como consecuencia de la retirada de la PTC y de los tornillos que la sujetaba y la inserción de una nueva, la sintomatología dolorosa e incapacitante que sufría el señor..., desapareció casi totalmente.

Los informes periciales médicos obrantes en el expediente, así como los informes de los especialistas, tanto del... como de los centros sanitarios

privados a los que acudió el reclamante, aunque contradictorios con los efectuados por Promede, en algunos aspectos coinciden con el mismo en que tras la colocación de la segunda prótesis total de cadera, siguieron apreciándose unos cuerpos extraños en la zona, siendo compatibles con restos cerámicos de la primera prótesis, pudiendo ser la causa de la grave sinovitis que presentaba el paciente. Se desprende también de la documentación médica que no se utilizaron las mismas técnicas de limpieza del material cerámico desprendido, en la segunda operación que en la tercera y definitiva, dado que en ésta los lavados fueron exhaustivos, con retirada plena de todo el material cerámico posible.

Por otro lado, y en cuanto al hecho de que un tornillo de la PTC atravesara el músculo piramidal del señor... produciéndole una situación importante de menoscabo físico y psíquico, tiene sustento y queda reflejado en los informes realizados por los especialistas de la..... y..., además de lo reflejado en los informes periciales del doctor... y de la doctora...

A todo ello hay que añadir, que en los informes, el inicial y el complementario, que realiza el doctor... para..., se descarta esta posibilidad acerca de que un tornillo de la PTC atravesara el músculo piramidal, alegando que, cómo la sintomatología no aparece en el paciente hasta transcurrido un año de la operación, se elimina por completo la posibilidad de que un tornillo de la PTC atravesara el vientre del músculo piramidal, añadiendo que el tornillo no tenía la longitud suficiente para atravesar dicho músculo. Consideramos que lo manifestado por el perito médico entra en contradicción con los documentos y pruebas médicas que obran en el expediente y donde observamos que desde el mes de mayo de 2012, se le empiezan a hacer pruebas al señor... debido a los dolores y mala recuperación de la cirugía a la que fue sometido en febrero de ese año. Es importante reseñar que en la RM de octubre de 2012, ya aparece “bursitis trocantérea y glútea derecha, que ha aumentado respecto a estudio previo”.

Respecto de las pruebas médicas que se le practicaron en la... y el análisis que se hizo por los especialistas de dicho centro médico, así como los de las... y..., queda reflejado que efectivamente uno de los tornillos de la PTC implantada causaron el denominado “síndrome piramidal”.

Por tanto, consideramos que ha quedado probado que en el presente caso existe un daño antijurídico que el interesado no tiene el deber jurídico de soportar y del que se deriva responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

4) Acerca de las indemnizaciones solicitadas por el reclamante y las que corresponden derivadas de la cirugía de recambio protésico de 6 de febrero de 2012

La consecuencia de la declaración de responsabilidad patrimonial por un daño imputable al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, determina una indemnización, que depende directamente de los resultados dañosos sufridos.

En este caso, debemos tener en cuenta, tanto los informes médicos obrantes en el expediente tras la operación a la que fue sometido el reclamante, como los informes periciales médicos aportados por el reclamante y por parte de la aseguradora del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

En cuanto a cuál debe ser el baremo que se debe tener en cuenta como orientativo para evaluar económicamente las lesiones producidas al reclamante, hemos de citar la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo de 30 de abril de 2013, recurso de casación 2989/2012, que indica:

“Sobre esta cuestión, la jurisprudencia mas conforme de esta Sala (entre otras la sentencia de fecha 23 de Marzo de 2010, dictada en el recurso 4925/2005) cuando afirma que lo primero que debe indicarse es que, a la hora de efectuar la valoración de los daños, como señala la sentencia de 10 de abril de 2008, "la Jurisprudencia (SSTS 20 de octubre de 1987; 15 de abril de 1988 ó 5 de abril y 1 de diciembre de 1989) ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la STS 3 de enero de 1990, derive de una "apreciación racional aunque no matemática" pues, como refiere la Sentencia del mismo Alto Tribunal de 27 de noviembre de 1993, se "carece de parámetros o módulos objetivos", debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, incluyendo en ocasiones en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole causados, aun reconociendo, como hace la S 23 de febrero de 1988, "las dificultades que comporta

la conversión de circunstancias complejas y subjetivas" en una suma dineraria.

En este sentido y en relación con la utilización de baremos preestablecidos, esta Sala tiene declarado que el referido baremo de la Ley de Seguros Privados, no tiene más valor que el puramente orientativo, con la finalidad de introducir criterios de objetividad en la determinación del quantum indemnizatorio, pero sin que pueda invocarse como de obligado y exacto cumplimiento (SS. 27- 12-1999, 23-1-2001, 2-10-2003, por lo que no puede alegarse su infracción o inaplicación como fundamento de un motivo de casación."

Por ello y considerando que es necesario tener en cuenta algún criterio orientador a la hora de fijar las indemnizaciones, al igual que hemos hecho en otros dictámenes sobre responsabilidad patrimonial sanitaria que se han resuelto en este Consejo de Navarra, es acorde aplicar el Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre, actualizado al año 2015, fecha en la que los baremos indemnizatorios han sido sustituidos por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que no es aplicable a este caso, por la fecha en la que se producen las lesiones.

Es preciso analizar, cada una de las partidas indemnizatorias reclamadas, con base en los documentos obrantes en el expediente y al informe pericial valorador de la doctora...

a) En cuanto al periodo de estabilización lesional

Coincidimos con el periodo de estabilización lesional que indica la doctora... en su informe, acerca de que fueron 1.832 días los que tardó el señor... en alcanzar la misma, si bien, nuestra discrepancia se encuentra en las consideraciones que hace respecto a la atribución de días de baja impeditivos y no impeditivos.

Así en el informe del doctor... se hace mención a que el día 2 de enero de 2014 el reclamante solicita el alta voluntaria para ocupar la Secretaría del Sindicato Médico de Navarra, y más adelante y en el mismo informe consta que el día 2 de noviembre de 2016, tramitó la baja laboral, para someterse a

la tercera intervención quirúrgica, volviendo a coger el alta de forma voluntaria el día 6 de febrero de 2017.

Por lo tanto le corresponden los siguientes importes, dependiendo de las características de la baja médica:

- Los días en los que estuvo hospitalizado son 15 días de a razón de 71,84 €/día = 1.077,60 euros.
- Los días de baja impeditiva son los comprendidos entre los siguientes periodos: a) del 11 de febrero de 2012 al 11 de septiembre del 2012 (213 días); b); del 11 de marzo de 2013 al 2 de febrero del 2014 (328 días); c) del 2 de noviembre del 2016 al 2 de febrero de 2017 (92 días). Los días de baja impeditiva son, por lo tanto, 633 días a razón de 58,41 €/día = 36.973,53 euros.
- Los días de baja no impeditiva, son los resultantes de los periodos siguientes: a) del 11 de septiembre de 2012 al 10 de marzo de 2013 (180 días); b) del 2 de febrero de 2014 al 2 de noviembre de 2016 (1.004 días). En total los días de baja no impeditiva son 1.184 días a razón de 31,43 €/día = 37.213,12 euros

Corresponde por este concepto al reclamante el importe de 75.264,25 euros.

b) En cuanto a las secuelas

- La prótesis de cadera no se considera una secuela derivada de la infracción de la lex artis correspondiente a la intervención quirúrgica de 2 de febrero de 2012, ya que el reclamante por su situación médica necesita de una prótesis total de cadera, y, por ello se procedió a insertarle una PTC. Por lo que valoración de la misma no procede.
- Respecto de la agravación de artrosis previa, efectivamente y por los numerosos informes obrantes en el expediente, se deduce que esta cirugía le produjo una agravación clínica por sobrecarga, en otras regiones anatómicas afectadas por patologías previas que ya

generaban dolor, como síndrome facetario lumbar, osteoartrosis de cadera izquierda, artrosis de rodilla izquierda (...). Por lo tanto, se considera que la puntuación que debe adjudicarse es de 5 puntos.

- En cuanto al perjuicio estético, igualmente hay que señalar que una operación de PTC ocasiona unas cicatrices por sí misma, por lo que no debiera valorarse, no obstante, en atención a que se le han tenido que hacer dos intervenciones quirúrgicas más, habiéndole abierto desde el mismo lugar que la cirugía inicial, e implicando por ello que la cicatriz pueda presentar un tamaño y aspecto mayor, además de la leve cojera que le ha quedado. Entendemos que se debe valorar dicho perjuicio estético en 4 puntos.

Por lo que, en atención a la edad del reclamante en la fecha en que se estabilizan las lesiones, año 2017, es decir con 63 años, el importe que le corresponde es el de 6.522,49 euros; a saber, 3.651,45 euros por las secuelas funcionales y 2.871,04 euros por las secuelas estéticas.

c) Factores de corrección de conformidad con la Tabla IV del Baremo aplicable.

- Incapacidad Permanente Total, como ya se ha dicho en este dictamen en los antecedentes de hecho, el señor... fue valorado por la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo del Departamento de Derechos Sociales, emitiendo resolución de fecha 23 de mayo de 2016, considerando un grado de discapacidad del 45%, todo ello en base al siguiente dictamen técnico facultativo:

- “- Limitación funcional en ambos MM.II. por necrosis aséptica ósea de etiología idiopática.
- Limitación funcional en ambos MM.II., por osteoartrosis localizada de etiología degenerativa.
- Limitación funcional de columna por trastorno del disco intervertebral de etiología degenerativa.
- Discapacidad del sistema osteoarticular por síndrome álgico de etiología no filiada.
- Enfermedad del sistema endocrino-metabólico por diabetes mellitus, tipo II complicada, de etiología metabólica.”

Es decir, en la concesión del grado de discapacidad del 45%, equiparable a una Incapacidad Permanente Total, han confluído dolencias degenerativas y de otra índole, como la diabetes mellitus, junto con las limitaciones derivadas de la operación, que hacen necesario moderar las indemnizaciones solicitadas, y, no solo por ese motivo, sino también por la edad del señor..., 62 años cuando se le concede dicho grado de discapacidad.

Por lo tanto se considera que no le corresponde el límite máximo solicitado, sino por el contrario dentro del mínimo en atención a las circunstancias expuestas, le corresponde el grado máximo, lo que da lugar al importe de 32.000 euros.

- Por perjuicios económicos. Mostramos nuestra conformidad en cuanto a la aplicación del factor corrector derivado de los ingresos del lesionado y en el porcentaje del 62,23%. Ahora bien, este porcentaje solo es aplicable a los días de baja y a las secuelas, en modo alguno a los conceptos considerados factores de corrección dentro de la Tabla IV del Baremo que se está aplicando, denominado factores de corrección para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes.

Por lo tanto y por éste factor de corrección le corresponde al señor... el importe de 50.895,89 euros.

No obstante, hay que indicar que o bien se aplica este factor de corrección para cubrir los perjuicios económicos que ha podido sufrir el lesionado por estar en tratamiento de sus lesiones y por las secuelas sufridas, o bien le corresponde una indemnización por lucro cesante. Lo que no puede hacer es solicitar una misma indemnización dos veces.

Por lo tanto, y como el lucro cesante es más beneficioso para el perjudicado, vamos a entrar a valorar su reclamación por este concepto, teniendo en cuenta por un lado la edad del reclamante y por otro las cantidades dejadas de percibir de conformidad con estos hechos.

Hay que tomar como base de ingresos netos, los percibidos el año anterior al momento de la intervención quirúrgica, y que según la

documental aportada en su escrito inicial de reclamación consistente en las declaraciones del impuesto sobre la renta de las personas físicas correspondientes a los ejercicios de los años 2009 a 2016 inclusive, la cantidad neta que percibió por su trabajo como cirujano general en el... en el ejercicio 2011, fue por importe de 116.319,14 euros. Haciendo una comparativa con los importes de los ejercicios de los años 2012 a 2016 resultan los siguientes importes:

- Durante el año 2012, dejó de percibir 31.969,70 euros respecto del año 2011.
- En el año 2013, dejó de percibir 45.955,95 euros.
- En el año 2014, dejó de percibir 31.093,88 euros.
- En el año 2015, el importe de menoscabo fue de 6.844,50 euros.
- En el año 2016, la cantidad no percibida fue de 30.900,07 euros.

En total el importe que debe reconocérsele en concepto de lucro cesante es el de 146.764,10 euros.

No consideramos, por último, que proceda estimarse en modo alguno, la reclamación efectuada por lucro cesante, desde el momento de la estabilización hasta la jubilación, puesto que no hay datos ni pruebas que acrediten que el señor... en la actualidad no esté percibiendo cantidad alguna por su trabajo, ni por ello que no se encuentre trabajando bien en la sanidad privada como cirujano ó como Secretario en el Sindicato Médico donde ha estado hasta la fecha haciéndolo.

En base a lo manifestado, se considera que al reclamante le corresponde una indemnización, como consecuencia de un mal funcionamiento de los servicios sanitarios, en relación con la intervención quirúrgica que le practicaron el día 6 de febrero de 2012, que establecemos en el importe de 260.550,84 euros con cargo al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios debe estimarse parcialmente, reconociéndole una indemnización por importe de 260.550,84 euros.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.