

En Logroño, a 16 de abril de 2013, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

20/13

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación la Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a R. G. M., por los daños y perjuicios que entiende causados al ser intervenida en el SERIS de una gonartrosis severa con alergia antibiótica, mediante una artroplasia total y meniscectomía de la rodilla izquierda, con resultado de infección post-operatoria y secuelas de prótesis dolorosa y limitación de la flexión; y que valora en 200.000 euros.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 27 de abril de 2012, que tuvo entrada en el Registro de la Consejería el siguiente día 30, el Abogado D. C. G. M., en representación de D^a R. G. M., formula reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial, exponiendo resumidamente lo siguiente:

"(La paciente) fue intervenida el 13-09-2010 de una artroplastia de rodilla izquierda en el hospital San Millán San Pedro, por presentar gonalgia izquierda, conforme al informe médico de alta de dicha intervención.

Poco después del alta hospitalaria, apenas un mes, 11/10/2010, acude al Servicio de Urgencias por presentar inflamación y enrojecimiento, con escara y supuración serosa en la herida quirúrgica. Con diagnóstico de infección de la herida quirúrgica, se aísla en cultivo acenitobacter, si bien se sospecha de posible contaminación de la muestra.

A partir de ese momento, comenzará una duda diagnóstica sobre si esa muestra y otras consecutivas que también dieron positivo a agentes infecciosos, eran reales o debidas a contaminaciones del cultivo. Así, el 22-10-2009, se aísla staphylococcus lugdunensis, pero luego también se dudaba de si fue por contaminación.

Dada la mala evolución y la sospecha de infección, se decide un lavado bajo anestesia y tomar muestras directamente de la articulación, el 19-11-2010. A pesar de no encontrar ningún agente infeccioso, el dolor que sufre la paciente es tan importante que le remiten a la Unidad del Dolor.

La paciente, viendo que no le solucionaban el problema que sufría, solicita una segunda opinión.

Finalmente, le realizan una gammagrafía ósea el 14-02-2011 -la prueba más sensible que pueda realizarse, posiblemente- con la finalidad específica de descartar infección de la prótesis, y su resultado es que sufre una infección activa a nivel tercio distal del fémur izquierdo.

Establecido sin ninguna duda el foco infeccioso y la causa de los dolores y mala evolución de la paciente, se decide otra intervención quirúrgica para retirar la prótesis, colocar un espaciador y tratamiento antibiótico el 17-02-2011.

Llega la segunda opinión desde el Servicio Navarro de Salud el 24-03-2011, donde además de ratificar el tratamiento efectuado contra la infección, indican que "gran parte del dolor podría ser debido al tamaño excesivo del espaciador con respecto a los cortes de fémur y tibia".

Así que otra intervención más para retirar el espaciador y colocar nueva prótesis de rodilla izquierda, el 04-05-2011.

Según parece, ya en septiembre del 2.011 se controla la infección, ya que en nueva gammagrafía ósea, no se evidencian focos de la misma.

Pero, finalmente, como consecuencia de todas estas intervenciones, la movilidad de la rodilla está muy por debajo de lo esperable. Así, se adjunta informe del centro Unidad de la Cirugía Artroscópica de fecha 19-03-2012, en la que se hace constar que la paciente presenta "prótesis de rodilla dolorosa" por dolores periarticulares de partes blandas, cuyo tratamiento se basa fundamentalmente en fisioterapia y tratamiento analgésico a demanda.

En conclusión, como consecuencia de una infección que no puede tener otra causa que la propia intervención quirúrgica, se causa unos serios daños al paciente, consistentes en las múltiples intervenciones quirúrgicas, tratamiento medico y hospitalización que hubo de sufrir y en el mal resultado funcional final de la prótesis de rodilla izquierda. Y en la declaración de incapacidad laboral permanente total para su profesión habitual por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social."

Acompaña diversos documentos de la historia clínica de la interesada y valora el daño cuya indemnización reclama en 200.000 euros.

Segundo

Mediante Resolución de 2 de mayo de 2012, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 30 de abril anterior, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta de fecha 3 de mayo, se comunica al Letrado de la interesada la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Cuarto

Mediante comunicación interna del día 4, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquéllos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Traumatología a la paciente; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada y la situación actual de la paciente.

La solicitud es reiterada el 31 de julio de 2012.

Quinto

Mediante escrito de 29 de agosto, la Gerencia de Área remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa copia de la historia clínica del reclamante y el informe aportado por el Dr. D. F. R. D.

Sexto

Con fecha 7 de septiembre de 2012, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución.

Séptimo

El Informe de Inspección, de fecha 5 de noviembre, establece las siguientes conclusiones:

“1ª.- La intervención de artroplastia de rodilla realizada a (la paciente) estaba indicada para la situación clínica que presentaba, gonartrosis severa, y fue realizada de manera correcta y de acuerdo a los protocolos sin que durante la misma presentara ningún tipo de complicaciones.

2ª.- Previamente a la intervención, y tal y como recomiendan las Guías clínicas, se le administró tratamiento antibiótico profiláctico, continuando con el mismo tras la intervención.

3ª.- La evolución no fue favorable, presentando importante dolor a nivel de la prótesis e infección en la herida quirúrgica, hechos que no pueden atribuirse a una deficiente asistencia del Servicio de Traumatología. Se realizaron curas sucesivas de la herida, se pautó tratamiento antibiótico adecuado y, ante la sospecha de infección de la prótesis, pese a que los diferentes cultivos del líquido articular fueron negativos, se realizó, en primer lugar, el lavado quirúrgico articular y, posteriormente, el recambio de la prótesis en dos tiempos, consiguiendo resolver la infección.

4ª.- Como secuelas, presenta un cuadro de dolor a nivel periarticular, con cierta limitación en la flexión de la rodilla, no pudiendo considerar que no haya alcanzado un buen rango de movilidad.

5.- Tanto la infección de la prótesis como el dolor a nivel del extremo de la misma tras su recambio, son dos posibles complicaciones señaladas en los correspondientes consentimientos informados para sendas intervenciones firmados por la paciente.

6ª.- Es de señalar que la alergia a la penicilina que presentaba la paciente condiciona una limitación en el manejo terapéutico antibiótico, fundamental en este caso, pudiendo considerarse como un factor que haya podido influir en la mala evolución de la infección.

Por lo expuesto, y pese a que la evolución de la paciente no ha sido la esperada, no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta y que no se haya actuado conforme a *la lex artis*.”

Octavo

Obra a continuación en el expediente el dictamen médico emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, de fecha 1 de diciembre, que establece las siguientes conclusiones:

“La infección protésica es la segunda causa de fracaso de una artroplastia de rodilla, siendo la primera el aflojamiento aséptico de origen no infeccioso. La infección es más frecuente en las prótesis de rodilla que en las de cadera, probablemente porque la cadera tiene una mejor vascularización y una mejor protección de las partes blandas. La frecuencia de infección profunda tras una prótesis total de rodilla va del 0,5% al 5%. Los factores que influyen en su aparición son diversos, unos debidos al paciente y otros al ambiente de quirófano y al propio cirujano. La cifra de infecciones ha disminuido en los últimos años, pero el mecanismo específico de por qué un paciente se infecta y otro no, y la causa exacta de la infección en una situación determinada, son todavía asuntos desconocidos.

La indicación de artroplastia de rodilla estaba indicada, y se efectuó según la planificación preoperatoria prevista, y no tuvo ningún tipo de complicación preoperatoria.

Se le suministro la profilaxis antibiótica correspondiente, y se indico continuidad de la cobertura antibiótica al alta hospitalaria durante 10 días.

La evolución de la herida quirúrgica y la clínica de dolor a nivel de la rodilla no fueron favorables, pues presento una infección en la herida quirúrgica, cuyo germen casual se desconoce ya que las muestras biológicas estaban contaminadas.

Se indicó curas de la herida, cobertura antibiótica y, ante la sospecha clínica de infección protésica, pues los diferentes cultivos del liquido articular fueron negativos, se indicó un recambio en dos tiempo, consiguiendo la estabilización protésica.

Como secuelas, presenta un cuadro de dolor a nivel periarticular, con autonomía en la biomecánica articular, aunque no completa.

La paciente solicitó una segunda opinión, coincidiendo con la opinión de su Especialista en que no esta indicada una nueva cirugía.

Atendidas las anteriores consideraciones y dada la inmediatez con la que surgieron las complicaciones, cabe afirmar que la sintomatología infecciosa guarda una relación de causalidad íntima y directa con la intervención que le fue practicada y los factores de riesgo que tiene la paciente en sus antecedentes.

Ahora bien, hay que señalar igualmente que dichas secuelas no pueden ser imputadas, como pretende la demanda, a una asistencia inadecuada por parte de los profesionales del sistema sanitario público, que intervinieron en la asistencia a la reclamante.

Por el contrario, su actuación y posteriormente el control postoperatorio en el sistema público, al utilizar los recursos que, en cada momento, el estado de aquel demandaba, fue correcta y conforme con las exigencias de la lex artis profesional, y lo fue por las siguientes razones: porque la cirugía, estaba indicada en este caso; porque la intervención contaba con información; porque el acto quirúrgico se desarrolló sin incidentes desde un punto de vista técnico; y porque las complicaciones surgidas han supuesto la materialización de varios de los riesgos del procedimiento que, aunque infrecuentes, están profusamente documentados en la literatura científica, y cuya aparición es imprevisible e inevitable según el estado actual de la ciencia médica.”

Noveno

Mediante escrito de 20 de diciembre, la Instructora se dirige al Letrado de la reclamante dándole trámite de audiencia y, el siguiente día 28, en respuesta a solicitud telefónica de aquél, se le remite copia íntegra del expediente.

El día 7 de enero de 2013, formula alegaciones, mediante escrito al que acompaña copia de la Sentencia nº 208/2012, de 15 de marzo, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Navarra.

Décimo

Previamente, hay constancia en el expediente de la interposición de recurso contencioso administrativo al entender desestimada la reclamación por silencio administrativo.

Décimo primero

Con fecha 5 de marzo de 2013, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo segundo

El Secretario General Técnico, el día 6 de marzo, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud y Servicios Sociales, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable a la Propuesta de resolución el día 14 de marzo.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha de 18 de marzo de 2013, registrado de entrada en este Consejo el 20 de marzo de 2013, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 21 de marzo de 2013, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

Mientras no se fije una cuantía específica para el ámbito autonómico riojano, del art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja (en la redacción dada al mismo por el art. 44.1 de la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, de Medidas fiscales y administrativas de la CAR para 2012), en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR (en la redacción dada al mismo por el art. 45 de la precitada Ley 7/2011); y ii) con el art. 143.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (en la redacción dada al mismo por la DF 40 de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía sostenible), resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo de La Rioja cuando la reclamación de responsabilidad patrimonial sea de cuantía igual o superior a la de 50.000 euros señalada en el ámbito estatal para el Consejo de Estado. En el presente caso es preceptivo nuestro dictamen a ser la reclamación de 200.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los

criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo “*si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento*”.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

En el caso sometido a dictamen, existe el correspondiente documento de consentimiento informado respecto de las distintas intervenciones quirúrgicas que se practicaron a la reclamante y, en tales documentos, aparecen reflejados las complicaciones que, desgraciadamente, se materializaron en su evolución posterior.

En efecto, en el documento suscrito el 5 de mayo de 2010 para la implantación de la prótesis de rodilla, se señala, como una de las posibles complicaciones “*infección del implante que obligaría a la extracción de los componentes si el tratamiento antibiótico fracasara*”.

Surgida esta complicación, y no resultando eficaz el tratamiento antibiótico, hubo de procederse al lavado quirúrgico articular y, posteriormente, al recambio de la prótesis en dos tiempo, para cuyas actuaciones firmó la interesada el documento de consentimiento informado que obra a los folios 62 y 62 bis del expediente. Este documento refiere, como posible complicación, entre otras, “*dolor a nivel del extremo de la prótesis*”.

Puede afirmarse, por tanto, que la información a la interesada fue suficiente, por lo que conocía los riesgos a los que se enfrentaba al someterse a la intervenciones, asumiendo tales riesgos al firmar los documentos de consentimiento informado, suficientemente expresivos.

La posible imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria habrá de fundarse, por ello, en el otro parámetro a que nos referíamos, la existencia de un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la *lex artis ad hoc*.

El escrito interponiendo la reclamación se atiene exclusivamente la relación de causalidad en sentido estricto, al decir que los daños se producen “*como consecuencia de una infección que no puede tener otra causa que la propia intervención quirúrgica*”. Ello es cierto, y expresamente se reconoce en el informe emitido a instancias de la Aseguradora

del SERIS, cuando afirma que *“la sintomatología infecciosa guarda una relación de causalidad íntima y directa con la intervención que le fue practicada”*.

Sin embargo, este informe rechaza que concurra el criterio positivo de imputación de responsabilidad de una asistencia inadecuada por parte de los profesionales del sistema sanitario público que intervinieron en la asistencia a la reclamante, considerando, al contrario, que su actuación y, posteriormente, el control postoperatorio fue correcta y conforme con las exigencias de la *lex artis* profesional.

El caso concreto objeto del presente dictamen nos ha suscitado serias dudas.

De un lado, la jurisprudencia relacionada con infecciones nosocomiales parece presumir la existencia de una mala praxis, invirtiendo la carga de la prueba al exigir que sea la Administración la que acredite haber extremado las medidas precautorias para impedir la infección.

Ya en nuestro Dictamen 1/2004 citábamos la Sentencia del T.S.J. de Cataluña de 6 de septiembre de 2001 que fundaba la responsabilidad de la Administración demandada en que no había justificado que las causas de la infección, de origen hospitalario, eran otras ajenas al campo de su responsabilidad. Y se transcribía un párrafo de la del T.S.J. de Galicia, de 15 de enero de 2003, imputando la responsabilidad a la Administración por entender que no había conseguido probar que la infección hubiera sido ajena al ámbito en el que se desarrolló la prestación del Servicio público sanitario.

En el mismo sentido, la jurisprudencia del Tribunal Supremo que cita el escrito interponiendo la reclamación, en concreto la de la Sala 3ª de 13 de julio del 2000, según la cual, *“la infección por el s. aureus en una intervención quirúrgica, si bien puede resultar en algunos casos inevitable, es un evento previsible y, por tanto, deben extremarse las medidas precautorias tales como: a) asepsia de quirófanos e instrumental; b) desinfección meticulosa del área operatoria; c) acortar lo más posible el tiempo operatorio; d) evitar dejar cuerpos extraños, eliminación de tejidos desvitalizados, hematomas, etc.; e) práctica de antibioterapia profiláctica...la adopción de tales medidas ha de ser demostrada por la Administración...”*

Hemos de destacar que, en todos los casos, no cabía duda alguna de que se trataba de infecciones contraídas con ocasión de las intervenciones quirúrgicas o en las dependencias hospitalarias, presupuesto fáctico también apreciable en sentencias posteriores a las que hemos citado. Así, por citar algunas, la de la Audiencia Provincial A.P. de Barcelona (Sección 11ª), de 31 de octubre de 2005: *“es claro que el paciente contrajo la infección que le ocasionó el fallecimiento en las dependencias hospitalarias de cuya higiene y asepsia responde el hospital”*; la de 5 de octubre de 2010, de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Supremo: *“la causa del fallecimiento fue la infección contraída*

en el hospital”; o la de 22 de septiembre de 2011, de la Sala de lo Contencioso del T.S.J. de Andalucía-Sevilla, referida a un fallecimiento por infección de la bacteria legionella en la habitación que ocupaba el paciente.

Por otro lado, sin embargo, entendemos que, en este caso concreto, teniendo en cuenta que la paciente, ante la evolución postquirúrgica satisfactoria fue dada de alta hospitalaria en 17 de septiembre de 2010 y transcurre casi un mes hasta que aparecen los síntomas de la infección, acudiendo al Servicio de Urgencias el siguiente 11 de octubre, no debe operar la inversión de la carga de la prueba a que antes nos referíamos en términos absolutos, hasta el punto de suponer prácticamente una presunción *iuris et de iure* el que la infección surgida es imputable a una mala praxis.

Dado el tiempo transcurrido fuera de las instalaciones hospitalarias hasta que aparecen los síntomas de la infección, se hace dudoso achacar ésta a deficiencias de asepsia en instrumental, quirófano o instalaciones, bastando a la Administración sanitaria acreditar la adopción de las medidas precautorias razonablemente exigibles en este tipo de intervenciones ante, el riesgo típico, como veremos, de una infección.

Precauciones que, en el caso dictaminado, se adoptaron, puesto que, según el informe de la Inspección médica, previamente a la intervención, tal y como recomiendan las Guías clínicas, se administró a la paciente tratamiento antibiótico profiláctico, continuando con el mismo tras la intervención (se indicó continuidad de la cobertura antibiótica al alta hospitalaria durante diez días).

Resultan convincentes, por ello, las conclusiones de ambos informes, el de la Inspección médica y el de la Aseguradora del SERIS, que rechazan que las complicaciones o secuelas puedan ser imputados a una asistencia incorrecta o inadecuada, considerando, por el contrario, que fue correcta y conforme con las exigencias de la *lex artis* profesional; y lo fue, como concluye la pericia de la Aseguradora del SERIS, por las siguientes razones:

- Porque la cirugía estaba indicada en este caso.
- Porque la intervención contaba con información.
- Porque el acto quirúrgico se desarrolló sin incidentes desde un punto de vista técnico.
- Porque las complicaciones surgidas han supuesto la materialización de varios de los riesgos del procedimiento que, aunque infrecuentes, están profusamente documentados en la literatura científica y cuya aparición es imprevisible e inevitable según el estado actual de la ciencia médica.

Independientemente de la influencia que, en la mala evolución de la infección, pudo tener la alergia a la penicilina de la paciente, que implicaba una limitación en el manejo terapéutico antibiótico, hemos de destacar la tipicidad y especificidad del riesgo de infección en los implantes de prótesis de rodilla.

En efecto, la infección protésica es la segunda causa de fracaso de una artroplastia de rodilla, siendo la primera el aflojamiento aséptico de origen no infeccioso. La infección es más frecuente en las prótesis de rodilla que en las de cadera, probablemente porque la cadera tiene una mejor vascularización y una mejor protección de las partes blandas. La frecuencia de infección profunda tras una prótesis total de rodilla llega al 5%.

La cifra de infecciones ha disminuido en los últimos años, pero el mecanismo específico de por qué un paciente se infecta y otro no, y la causa exacta de la infección en una situación determinada, son todavía asuntos desconocidos y, siendo así, cabe considerar acertada la afirmación de que la infección, tratándose de una artroplastia de rodilla, constituye una complicación imprevisible e inevitable en el estado actual de la ciencia médica.

No operando la inversión del *onus probandi*, entendemos que la actuación de los profesionales sanitarios fue ajustada a la *lex artis ad hoc*, tanto en la intervención quirúrgica como en los procesos pre y postoperatorio, sin que se haya acreditado, ni siquiera por vía indiciaria, infracción alguna de aquella *lex*.

Lo cual puede predicarse también de la segunda intervención que vino impuesta por el proceso infeccioso, la del recambio de prótesis en dos tiempos que, desgraciadamente, dejó como secuela un cuadro de dolor periarticular con cierta limitación en la flexión de la rodilla. Pero esta complicación está relacionada, como una de las posibles, en el documento de consentimiento informado suscrito por la reclamante, lo que exonera de responsabilidad a la Administración Sanitaria salvo que concurriera una mala praxis, que tampoco se ha acreditado.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la pretensión de indemnización ejercitada por la reclamante, puesto que el daño por el que reclama no es imputable al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero