

Expediente Núm. 231/2011  
Dictamen Núm. 40/2012

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 16 de febrero de 2012, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 5 de agosto de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños que se atribuyen a la asistencia dispensada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 12 de diciembre de 2008, un letrado presenta en el Registro General del Ministerio de Administraciones Públicas una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los “daños y perjuicios derivados de (una) mala praxis médica”. La reclamación se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 17 del mismo mes.

El reclamante refiere que la hija de su representada nació el día 29 de mayo de 2003 con fémur corto congénito; con cuatro años y medio (en octubre de 2007) medía 110 cm y presentaba un acortamiento en la pierna izquierda de 13 cm. El facultativo que identifica del Hospital "X", estudió el caso asegurando que, "con su experiencia, era perfectamente viable practicar una intervención quirúrgica específica para conseguir el 'alargamiento' del fémur afectado". Manifiesta que a finales de 2007 los padres de la menor decidieron aprobar la intervención y que antes de la misma el doctor les "explica que el problema más grave que podría producirse era que el hueso no formase suficiente callo óseo, no siendo factible en tal circunstancia el alargamiento pretendido. De no existir problema con la formación del hueso (...) sería posible un alargamiento final de 8 centímetros con un tutor externo marca *Orthofix*".

Señala que el día 16 de enero de 2008 la menor es intervenida y que "no se realiza radiografía posterior a dicha intervención (...). Desde el primer día la niña se quejaba de dolor, pero la explicación" por parte del doctor era que "no tenía por qué doler" y "aconseja (...) que se mueva". Subraya que el día 28 de enero de 2008 la niña lleva diez días con dolor y que "por fin" le hacen dos radiografías en las que se aprecia que "los tres tornillos superiores no se habían agarrado al hueso", concluyendo que "habían transcurrido 10 días con fractura, sin ningún tipo de control ni contención, con constantes movilizaciones y con evidentes síntomas de que algo no iba bien desde el primer momento tras la intervención".

Indica que los facultativos entienden que "es necesaria una segunda intervención que se lleva a cabo el 30 de enero de 2008", tras la cual se les "informa que es fundamental suministrar antibióticos ante (el) elevado riesgo de infección que supone abrir otra vez", y sostiene que "olvidaron pautar a las enfermeras (...) el suministro" de los mismos.

Tras dos radiografías de control, "la niña recibe el alta el 4 de febrero de 2008, saliendo del hospital en silla de ruedas y con dolor". El 11 de febrero de 2008 el facultativo "revisa a la niña, realizando dos radiografías sin observar nada anómalo", a pesar de que "los padres le advierten que el hueso está

desplazado, pero el doctor (...) asevera que solo es 'la perspectiva' de la placa lo que hace verlo como 'fuera de sitio'. Los padres comprueban las fotos del tutor después de la segunda operación (...) con las (...) actuales (...), advirtiendo claramente que la parte inferior del tutor se había desplazado./ Puestos en contacto con el doctor (...), este confirma que (...) 'había ocurrido una cosa nada frecuente': habían dejado flojos los tornillos que ajustan el Orthofix (...). El resultado era que el 'Orthofix' no sujetó el hueso y la parte superior del fémur se desplazó hacia fuera (no era la 'perspectiva'). La pequeña fue llevada a la sala de curas (...) y, sin sedación alguna", el doctor "le recolocó el Orthofix (y con él, el hueso) y apretó los tornillos. Huelga decir que dicha maniobra fue extremadamente dolorosa para la niña".

A continuación indica que la niña "pierde extensión de la rodilla (17-03-2008)", por lo que "el doctor decide empezar a acortar usando el mismo tutor externo (...). La niña es derivada al departamento de Rehabilitación (...), ya que se apreciaban muy afectadas la articulación de la rodilla y de la cadera (...). El 19 de mayo de 2008 el doctor (...) decide retirar el tutor (...), sin anestesia ni sedación. Los gritos de (la niña) son desgarradores y varias personas tuvieron que sujetarla (...). El doctor nos dijo que (...) 'podía hacer vida normal' (...). No hizo radiografía posterior (...), a pesar de la violenta retirada del material./ No colocó ninguna escayola ni ortesis./ Los padres solicitan revisión siendo citados en seis meses./ (La niña) no es capaz de cargar peso sobre su pierna izquierda y continúa con dolor".

Expone que la niña acude a rehabilitación y, ante la constancia del dolor, la doctora que identifica solicita radiografías. Sin comentar "nada especial sobre ellas", propone continuar con la rehabilitación en la piscina. Menciona que "los padres no se quedan tranquilos viendo en la radiografía el hueso tan torcido y (...) astillado. Piden en el hospital las radiografías para compararlas" y "solicitan consulta con el doctor (...), quien al ver la placa confirma que tras la retirada del tutor el fémur se rompió". Afirma que "la zona de crecimiento se comprimió, perdiendo unos 4 centímetros, curvando el fémur y modificando la unión de la cabeza del fémur con la cadera (...). Con fecha 17-07-08 el doctor (...) redacta

un informe en el que (...) omite toda referencia a la fractura posterior del fémur, a la pérdida de lo alargado, a la coxa vara aumentada por el ángulo en el que ha quedado el hueso”, añadiendo que “es falso que se hubiese producido” el alargamiento de 3,5 cm al que hace referencia.

Asegura que “después de seis meses, dos operaciones, 14 revisiones (y) 34 radiografías (la niña) tiene el fémur más corto que antes de la primera operación. Presenta coxa vara más marcada, subluxación de rodilla izquierda y una fractura de fémur aún sin consolidar”. El doctor “insiste en que puede pisar y hacer vida normal, pero (la niña) camina con dos muletas sin apoyar su pierna izquierda, continúa con dolor en el muslo izquierdo y con limitación para extensión de esa rodilla”. Actualmente mide 114 cm y tiene un acortamiento de su pierna izquierda de 14 cm. En última instancia, subraya que “durante 8 meses (la niña) ha soportado un sufrimiento innecesario, ha perdido su movilidad, estando cuatro meses en silla de ruedas y otros cuatro con muletas sin utilizar su pierna izquierda. Le ha quedado el fémur izquierdo deformado, la pierna muy debilitada y una severa cojera”.

Reclama ciento cincuenta mil euros (150.000,00 €) de manera provisional, a la espera de la finalización del proceso terapéutico, por los daños personales, morales y materiales derivados de la negligente práctica médica dispensada a la niña.

**2.** Mediante escrito de 19 de diciembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, le requiere para que acredite su representación y la condición de madre de la menor de su representada.

El día 9 de enero de 2009, el reclamante presenta en el Registro General del Ministerio de Administraciones Públicas un escrito al que adjunta copia compulsada de poder general y especial para pleitos, otorgado el día 30 de

diciembre de 2008 por los padres de la menor, "en nombre y representación de su hija", a favor, entre otros profesionales, del reclamante.

**3.** Los días 12 y 21 de enero de 2009, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, respectivamente.

En la historia clínica constan, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de informe del Servicio de Traumatología, en las que constan anotadas consultas los días 6 de febrero y 3 de abril de 2006; 27 de agosto y 2 de diciembre de 2007, en la que se indica que "se decide alargamiento fémur"; 11 de febrero de 2008, en la que figura "operada hace 1 mes y reoperada hace 15 días para recolocar los tornillos (...). Lleva alargando 11 días (...), seguimos alargando  $\frac{1}{4}$  cada 6 (...). El próximo día cambiar el distractor. Ahora distancia (...) de 1 cm (0,9)"; el 18 del mismo mes se consigna "buena evolución. Control Rx bien"; el 25 de febrero, "buena evolución./ Rx: (...) 3 cm./ Rodilla bien"; el 10 de marzo, "alargamiento (...) 4,3 (...). Dejo sin alargar y rehabilitar"; el 17 de marzo, "persiste flexo de rodilla. Seguimos rehabilitando"; el 24, que "alargó unos 4 cm. Flexo de rodilla. No mejoró en 15 días. Mando acortar y rehabilitación"; el 7 de abril, "operada (2ª vez) 31 enero. Dejo sin alargar (...), seguir con rehabilitación"; el 28, "alargado (...) 3,5 cm (...), aunque no suficiente. Dejo 3 semanas"; el 19 de mayo, resultado de radiografía y que se retira Orthofix; el 14 de julio, "sufrió fractura del callo"; el 12 de agosto, "fractura rodete tibia distal I (4-8-08)./ Rx hoy: sin cambio. Volverá 1-9-08 para retirar yeso"; el 1 de septiembre, "Rx control: bien. Fractura consolidada./ Se le explican recomendaciones. Alta". b) Autorización para realizar "el siguiente procedimiento médico (...): fémur corto: alargamiento con fijador ext. en la medida en que se considera necesario para un correcto diagnóstico o tratamiento", en la que se hace constar "que me han sido explicados el propósito y naturaleza del procedimiento así como sus posibles complicaciones", datada el 15 de enero de 2008. c) Hojas de intervención quirúrgica de 16 de enero de 2008, relativa a "osteotomía para alargamiento", en la que consta "colocación de

3 pines proximales en zona subtrocantérea, vía lateral y 3 pines distales-osteotomía 1/3 medio diafisario. Colocación Orthofix con distractor y alargamiento de unos 3 mm", y de 30 de enero, por "fallo fijador externo Orthofix", para "reinserción pines proximales", en la que se indica que se practicó "extracción 3 pines proximales y nueva inserción por orificios diferentes de 3 pines de 120 x 30 bajo control Rx./ Se coloca fijador. Estable./ Buena reducción de la Fx./ Sin incidencias". d) Hojas de curso clínico correspondientes a un ingreso el día 15 de enero de 2008 para "cirugía programada" de alargamiento de fémur. A la exploración presenta una "discrepancia de 18 cm". El día 19 de enero consta "afebril. Pin en buen estado. No dolor. Apósito limpio. Buena movilidad dedos"; el 20, "sin dolor aparente"; el 21, "menos dolor" y "comenzamos a distraer ¼ vuelta cada 12 h"; el 23, "afebril. Bien"; el 24, "afebril. Sigue igual. Si el lunes ok, alta"; el 25, "buena evolución. Pido Rx de control"; el 28, "en control Rx se aprecia que tornillos proximales no están bien. Se propone para recolocarlos"; el 30 de enero, "quirófano" y "mañana comenzar a alargar"; el 31, "1/4 de vuelta cada 6 h" y "pasó bien la noche. Afebril"; el 1 de febrero, "afebril. 48 h posoperatorio. Buen aspecto. Pido Rx control para el lunes primera hora"; el día 4, "Rx bien. Pocas molestias. Alta. ¼/8 h". e) Hojas de observaciones de enfermería, en las que se recoge, en cuanto al síntoma de dolor de la paciente, que el día 16 de enero, a las 22:30 h, "refiere dolor. Se le pone Nolotil"; a las 24:00 h, "continúa con dolor. Se comunica a Trauma y se le da Dalsy"; el día 17, a las 02:00 horas, "la niña tiene mucho dolor. Se comunica a Trauma y se le adelanta el Nolotil y nos dice que si no cede el dolor se le pongan 2 cc de paracetamol IV (orden telefónica)"; a las 7:30 horas, "despierta quejosa, se le pone Nolotil"; a las 14:00 horas, "pasó buena mañana (...). Analgesia efectiva"; a las 18:00 horas, está "dormida y tranquila"; a las 21:00 horas, "analgesia efectiva"; el día 18 de enero, a las 7:00 horas, "pasó bastante bien la noche. Analgesia sistemática efectiva"; a las 12:00 horas, "no dolor", aunque, a las 12:42 h, "se administra 1 sup. infantil por dolor"; a las 21:00 horas, "pasa tranquila la tarde, analgesia pautada"; a las 23:15 horas, "despierta y quejosa. Pongo Nolotil supositorio", y a las 24:00 horas, "dormida y tranquila.

Analgesia efectiva"; el día 19, a las 7:00 horas, "pasó buena noche, analgesia efectiva"; a las 14:00 horas, "buena" mañana. "Analgesia efectiva"; a las 17:00 horas, "no dolor"; a las 21:00 horas, "pasa bien la tarde. Contenta"; el día 20, a las 7:00 horas, "pasó la noche sin incidencias, analgesia efectiva"; a las 14:00 horas, "pasa la mañana sin incidencias", y a las 21:00 horas, "se levanta un rato al sillón. No dolor, no se quiso poner el supos. de Nolotil de las 18:00 h"; el 21, a las 7:00 horas, "pasó buena noche. No quiere ponerse el supositorio de Nolotil./ No dolor"; a las 12:00 horas, "no precisa sup. Nolotil, no dolor"; el día 22, a las 14:00 horas, "no precisó Nolotil", y a las 23:00 horas, "refiere dolor en pierna, toma el Dalsy"; el día 23, a las 6:00 horas, "duerme toda la noche. No precisó más analgesia"; a las 14:00 horas, "buena mañana. No refiere dolor"; a las 21:00 horas, "pasó buena tarde (...). Analgesia sistemática, no precisó Nolotil"; el 24, a las 7 de la mañana, "durmió bien"; a las 14:00 horas, "pasó la mañana sin incidencias. No dolor", y a las 21:00 horas, "sin incidencias en la tarde./ Analgesia efectiva"; el día 25, a las 7:00 horas, "pasó buena noche. No dolor. Analgesia efectiva"; a las 14:00 horas, "pasa bien la mañana", y a las 21:00 horas, "pasó bien la tarde, no se quejó de dolor"; el día 26, a las 4:00 horas, "refiere dolor en pierna, se le pone un supositorio de Nolotil", y a las 7:00 horas, "analgesia efectiva"; a las 14:00 horas, "buena mañana. No precisó analgesia (Nolotil)"; a las 22:30 horas, "dice su padre que tiene dolor. Se le pone un supositorio de Nolotil"; el día 27, a las 14:00, "no precisa analgesia extra. Tranquila en la mañana"; a las 21:00 horas, "pasó buena tarde (...). No precisó analgesia suplementaria"; el día 30 de enero, a las 18:00 horas, "no refiere dolor", y a las 21:00 horas, está "tranquila. Analgesia efectiva"; el día 31, a las 6:00 horas, "duerme toda la noche bien. No dolor, ni vómitos"; el día 1 de febrero, a las 6:00 horas, "tranquila toda la noche. Analgesia efectiva", y a las 21:00 horas, "sin incidencias en la tarde. Analgesia sistemática efectiva"; el día 3 de febrero, a las 14:00 horas, "pasa la mañana tranquila. Analgesia efectiva". f) Hojas de órdenes terapéuticas en las que se consigna, el día 16 de enero de 2008, "Nolotil 3 cc/8 h iv./ Dalsy 10 cc/8 h cuando tolere" y "si analgesia" insuficiente "Termalgín 500/8 h intercalado con Nolotil"; el día 18, "Nolotil

Supositorio. 1 sup./6 h./ Suspende Termalgín./ Valium 2,5 mg/24 h por la noche si precisa"; el día 30, "Nolotil 3 cc iv/8 h./ Paracetamol 500 mg/8 h intercalado".  
g) Informe de alta por mejoría del Servicio de Traumatología, de 4 de febrero de 2008, relativo a ingreso el día 15 de enero por cirugía programada para "alargamiento de fémur corto congénito" izquierdo. En el apartado relativo a datos complementarios consta "Rx: fémur corto congénito izdo. Grapa sobre trocánter mayor. Coxa vara. Agenesia de rótula" y en el de procedimientos quirúrgicos que "el día 16-1-08 se realiza osteotomía de fémur izdo. y colocación de fijador externo. Precisó revisión quirúrgica el 30-1-08 por aflojamiento de los tornillos proximales". Se pauta "limpieza diaria de los tornillos con suero fisiológico./ Precisa silla de ruedas para desplazamiento (...). Dar ¼ de vuelta al fijador cada 6 h".

En el informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de 20 de enero de 2009 se señala que la paciente "acudió a la consulta diagnosticada de fémur corto congénito con la indicación de amputación de la pierna izda. por un hospital de Madrid". Tras estudiar el caso "se completa el diagnóstico con agenesia de rótula y de los ligamentos cruzados de la rodilla izda., lo que es motivo de una gran inestabilidad de la misma./ Se comenta a los padres que en este Servicio inicialmente no se indica la amputación (...), sino el alargamiento del fémur, sabiendo que es un tratamiento largo y complicado que precisará varias intervenciones y es probable la necesidad de resolver múltiples complicaciones y que al final, en muchos casos, no se consigue el resultado esperado, siendo necesaria la amputación. Se les explica que las complicaciones que pueden ir apareciendo son debidas a varios factores: en primer lugar, a los medios técnicos necesarios, como el fijador externo, que está diseñado para pacientes de más edad, siendo en segmentos óseos tan pequeños difícil su manejo. En segundo lugar, la patología base de la enferma (fémur corto congénito) presenta alteraciones anatomopatológicas que hacen impredecible el comportamiento del callo de fractura durante la distracción ósea. En tercer lugar, la inestabilidad de la rodilla agrava y dificulta el tratamiento. Por otra parte, la colaboración de los padres o familiares es fundamental, tanto desde el punto de



vista psicológico como del control del proceso, ya que serán los encargados tanto de llevarlo a cabo como de practicar la rehabilitación del paciente”.

Relata que “se realiza la intervención el 16-01-08, toda ella bajo control radiográfico (scopia). Una vez colocado el fijador externo se hace nuevo control radiológico en la proyección antero-posterior, ya que en la proyección lateral ya no es posible visualizar el segmento operado por ser el fijador externo radiopaco, comprobando en aquella proyección la posición correcta de la osteotomía./ Cuando la familia solicita que se le practiquen nuevas radiografías a la enferma porque esta se quejaba de dolor se les comenta que hacer nuevas radiografías en ese momento no serviría para nada, que solo serían diagnósticas una vez comenzado el alargamiento, por el aspecto antes señalado: la proyección lateral no serviría para nada y la proyección AP solo se modificaría una vez que se comenzara el alargamiento. Durante este tiempo la osteotomía permanece estable y sin desplazamiento”. Añade que “cuando se comienza con la distracción se comprueba en Rx antero-posterior que los tornillos proximales no cumplen su función, por lo que se decide cambiarlos, efectuándose el 30-01-08 sin complicaciones./ Este problema técnico ya se había advertido a los padres que podría ocurrir, por las diferencias entre los tornillos del fijador y el hueso”.

Expone que “a la paciente se le administran antibióticos intraoperatorios (Cefazolina 500 mg)” y que “durante el posoperatorio los familiares presionan al personal de enfermería y médicos de guardia hasta que logran por estos la prescripción de nuevas dosis antibióticas”. Hace constar que “cuando me entero se advierte a los padres que, aparte de lo inadecuado de su comportamiento y la inutilidad de continuar con el aporte antibiótico, que por otra parte conlleva efectos secundarios, en ese momento debe continuarse para evitar la creación de resistencias./ Queda claro que la pauta antibiótica establecida por nosotros es la correcta, que la presión familiar sobre otras personas ajenas al equipo alteró, que en ningún caso se trató de un olvido y que una vez comenzada la nueva pauta antibiótica esta debió ser mantenida el tiempo necesario para evitar la creación de resistencias”. Reseña que “se continúa con el alargamiento y se adiestra a los padres en la realización del mismo (...). Igualmente se les adiestra

en el mantenimiento correcto del fijador externo, que deberán revisar diariamente con la misma llave que se practica el alargamiento". Manifiesta su sorpresa "cuando acuden al Servicio días después de su alta hospitalaria con las tuercas flojas y sin haber sido revisadas en ningún momento. Sobre la marcha se realizan Rx de control y se ajusta el fijador de inmediato y se vuelve a rogar encarecidamente a la familia que lo hagan diariamente./ La función principal que se solicitó a los padres, aparte de controlar físicamente el proceso de alargamiento, es animar a la niña a que camine con dos muletas y a mantener la movilidad de la rodilla con ejercicios de rehabilitación que se le enseñan (...). La paciente no caminó nunca, por el contrario, los padres le consiguieron una silla de ruedas. La movilidad de la rodilla no se practicó, por lo que se decide enviar a la enferma al Servicio de Rehabilitación, advirtiéndole a los padres que la actuación de dicho Servicio será insuficiente si no siguen ellos con los ejercicios enseñados en casa". Especifica que "en esta fase del proceso la paciente es citada no solo en las consultas externas, dada la falta de colaboración de los padres, sino que además en días de guardia y por las tardes para vigilar más de cerca el tratamiento. Se les reitera que el tratamiento rehabilitador realizado solo por los fisioterapeutas es insuficiente, que la labor de los padres es imprescindible, pero no surtió efecto, la movilidad de la rodilla sigue disminuyendo". Afirma que "esta es la causa de tener que detener el alargamiento por el riesgo de luxación de la rodilla".

Menciona que "una vez detenido el alargamiento se bloquea el dispositivo del fijador y se vuelve a insistir en la necesidad de que la niña camine, nunca se consiguió. La paciente seguía desplazándose en silla de ruedas./ Tras controles radiográficos realizados, en muchos casos forzados por la presión familiar (todas las proyecciones no antero-posteriores), se comprueba que el callo es correcto, por lo que se decide quitar el fijador. Se comenta con los padres que se deberá quitar el fijador en dos fases. En una primera fase el fijador propiamente dicho y posteriormente los tornillos (fichas), método habitualmente utilizado en todos los casos y más en este que el comportamiento del callo de fractura es impredecible, a lo que los padres se niegan, pues dicen estar 'hartos' del

tratamiento, por lo que nos vemos obligados a retirarlo de una sola vez". Indica que "los tornillos se retiran en consultas externas ante las protestas de los padres, que solicitan sea hecho con anestesia general./ Puedo afirmar que en cerca de 150 casos de alargamiento, así como en cientos de fracturas que precisaron el uso de fijadores externos, en todos ellos se practicó la retirada de los tornillos (fichas) de la misma manera, tanto por mí como por el resto de los componentes de este Servicio. Por otra parte, esta es la técnica habitual de extracción de un fijador óseo externo, como puede ser comprobado en las instrucciones de la técnica". Señala que "una vez retirado el fijador se recomienda reposo relativo para ver el comportamiento del callo y otra vez esto no se realizó. Se reanudó el apoyo sin mi consentimiento, produciéndose una fractura en la zona del alargamiento./ Cuando es vista en la consulta la lesión es ya estable y, dado que una vez retirado el fijador externo no es susceptible de tratamiento quirúrgico, se decide tratamiento ortopédico".

Sostiene que "es totalmente falso que se haya alterado la unión de la cabeza del fémur con la cadera, que haya variado el ángulo cervicodiafisario (coxa vara), como se puede comprobar con las radiografías de la época y como se podría comprobar actualmente". Manifiesta que en relación con "el encurvamiento del fémur que se produce tras la fractura se decide no realizar nada, ya que corrige espontáneamente, como se puede comprobar en radiografías posteriores, estando contraindicado todo tratamiento cruento para corregirlo", y que "todo el proceso seguido fue explicado antes del comienzo a los padres, que lo aceptaron. No ocurrió ninguna complicación que no fuese predecible y asumida por los padres. La enferma acudió al Servicio para amputar la pierna, la disimetría que presenta en la actualidad es menor que la que tendría si no se hubiera sometido al tratamiento y que puede y debe continuar con actuaciones sucesivas". Destaca que les "hubiera gustado contar con la colaboración y no con la 'fiscalización' de los padres, pero esto no fue posible./ En 28 años de profesión nunca tuve ninguna reclamación de este tipo, pero tampoco ninguna familia cuya colaboración en un proceso de estas características fuera tan desalentadora". Añade que "posteriormente la enferma

fue tratada por nosotros de una fractura de tibia, caso ajeno al que nos ocupa, sin ningún problema. En ese momento se volvió a comentar a la familia, como ya se le había hecho anteriormente, la conveniencia de continuar con el tratamiento del fémur corto congénito una vez pasado un tiempo”.

**4.** Con fecha 2 de febrero de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Señala que tanto “del análisis de la historia clínica como del informe emitido por el Servicio de Traumatología se deduce que la reclamación formulada y los hechos ocurridos no guardan semejanza alguna (...). La niña en la actualidad no tiene lesiones o daños diferentes a los que presentaba en el momento del ingreso” en el hospital. En la reclamación se indica que le “ha quedado el fémur izquierdo deformado, la pierna muy debilitada y una severa cojera. La realidad es que la menor acudió al centro para que se le practicara la amputación de la pierna izquierda por una gravísima lesión congénita y actualmente la dismetría que presenta es menor que la que tendría si no se hubiera sometido al tratamiento, y este, en criterio del Servicio de Traumatología, debe continuar con actuaciones sucesivas. En todo momento la actuación de los profesionales ha sido correcta y adaptada a los criterios de la *lex artis*”.

**5.** Mediante escritos de 10 de febrero de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**6.** Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, datado el 7 de mayo de 2009 y suscrito colegiadamente por tres especialistas, dos en Traumatología y Ortopedia y uno en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Consideran que “el médico tiene la obligación de negarse a realizar un gesto terapéutico que no debe de ser hecho si considera que puede influir

negativamente en la evolución del proceso de la paciente”. Sostienen que “la retirada del fijador externo es indolora y la de los tornillos es perfectamente tolerada, por lo que sistemáticamente se hace sin necesidad de anestesia”, y que un alargamiento del fémur “en estos pacientes (...), aunque nunca va a ser igual al miembro contrario, permite una mejor marcha y calidad de vida que si se realiza una amputación, que solo permite caminar con una prótesis de anclaje en cesta pélvica”. Se remiten a las observaciones de enfermería para rechazar que la paciente haya tenido grandes dolores durante todo el periodo de tratamiento y concluyen que “no se han observado actuaciones de mala praxis que no sigan la *lex artis*”.

**7.** Con fecha 23 de junio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 30 del mismo mes se persona en las dependencias administrativas la madre de la paciente y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por ciento treinta y seis (136) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

El día 7 de julio de 2009, la madre de la paciente solicita una ampliación del plazo concedido para formular alegaciones, pues se encuentra sin abogado debido al fallecimiento del letrado que la representa, ampliación -en ocho días- que se concede el 16 de julio de 2009.

Con fecha 30 de julio de 2009, la madre de la paciente presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que formula alegaciones y complementa la reclamación inicial. Se opone al informe del Servicio de Traumatología -aunque cita el informe técnico de evaluación- por no haber valorado las radiografías. Respecto a la consideración de que el fijador externo está diseñado para pacientes de más edad, afirma que el facultativo “aseguró que él había tenido casos similares a los que había practicado alargamientos con éxito (...). Recomendó expresamente empezar cuanto antes con el proceso de alargamiento” y decidió operar a pesar de la edad de la niña.

Considera que la afirmación de que la osteotomía permanecía estable y sin desplazamiento no es compatible con la imagen que ofrecen las radiografías del día 28 de enero de 2008, “ni con la sintomatología evidente de dolor constante que se refleja en el registro de analgésicos suministrados por el personal de enfermería”. Reitera su alegación de falta de administración del antibiótico, señalando que no son médicos y que la doctora de guardia tras revisar el expediente pautó el antibiótico olvidado. Manifiesta que “los padres hicieron en todo momento un uso y mantenimiento ejemplar del Orthofix”. Aporta copia de la placa solicitada por el facultativo en la mañana del 11 de febrero “donde el evidente desplazamiento le pasó inadvertido”. Alega que “en el informe de enfermería y de alta consta por escrito que (su hija) precisa una silla de ruedas para su desplazamiento” y se realiza la receta correspondiente para que se pueda gestionar su pago por el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Añade que “en este informe también consta por escrito la prescripción de ‘Termalgín 500, uno cada 8 horas si precisa por dolor’, reprochando que “la dosis indicada es totalmente inapropiada para una niña de 19,5 kg”. Afirma que “desde el día 28 de enero al 14 de junio se realizaron 27 radiografías del fémur izquierdo de (la niña). Todas fueron solicitadas” por el facultativo “para hacer el seguimiento del caso./ Todas están en su historial”. Insiste en que por la maniobra de retirada del fijador su hija sufrió una fractura y que hizo falta la ayuda de varias personas para sujetar a la niña, realizándose la maniobra de forma violenta. Manifiesta que su hija ha acudido de forma ininterrumpida a sesiones de rehabilitación desde el 16 de abril de 2008 hasta el 23 de junio de 2009 y que el facultativo no dice el número de niñas de edad similar e idéntica patología que ha tratado, y que no se puede comparar el tratamiento realizado en este caso con muchos otros en los que se haya utilizado la misma técnica.

Advierte que en la copia del historial médico que les fue suministrada no constan las anotaciones correspondientes a 12 visitas que realizaron después del día 25 de febrero de 2008, las cuales se pueden comprobar por el registro de citas y por las radiografías solicitadas, y afirma que hay discrepancias claras entre las copias que se les facilitaron y la historia clínica incorporada a este

expediente. Añade que existen responsabilidades civiles y/o penales por manipulación del historial y que el director del hospital "debería informar acerca de la identidad del personal sanitario del centro que añadió datos al historial". Finalmente, indica que los padres de la enferma "buscan una segunda opinión en el Hospital "Y", de Madrid. Con fecha 2-07-08 les redactan un informe sobre la situación de (la niña) tras una exploración física y pruebas radiológicas" que "contrasta radicalmente" con el informe emitido por el facultativo el día 17 de julio de 2008.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de consultas externas del Servicio de Traumatología en el que constan anotaciones los días 6 de febrero y 3 de abril de 2006, 27 de agosto y 2 de diciembre de 2007 y 11 de febrero de 2008, con el mismo contenido que el que figura en la historia clínica, ya consignado. b) Copia de la "radiografía del día 28-01-2008". c) Copia de la "placa realizada antes de la consulta del 11 de febrero de 2008". d) Informe del Servicio de Ortopedia Infantil del Hospital "Y", fechado el 2 de julio de 2008, en el que se indica que "en la actualidad presenta molestias en el muslo afecto y limitación para la extensión de la rodilla de 20º./ En la radiología se evidencia coxa vara marcada, subluxación de rodilla izquierda y la fractura de fémur no está completamente consolidada./ Recomendamos a la paciente que mantenga la descarga de la extremidad y mantenga una ortesis inmovilizadora (...) hasta constatar la consolidación completa de la fractura".

**8.** El día 10 de agosto de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Entiende que "la reclamante basa su petición indemnizatoria en una deficiente asistencia que trata de argumentar mediante hechos aislados del proceso asistencial pero sin llegar a establecer una relación causal entre el tratamiento dispensado y el estado clínico de la paciente" y que "la reclamación formulada y los hechos ocurridos no guardan semejanza alguna".

**9.** Mediante oficio de 26 de agosto de 2009, esa Presidencia solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

Con fecha 18 de octubre de 2010, mediante escrito del Presidente del Consejo Consultivo, se procedió a la devolución del expediente al considerar que no reunía los requisitos establecidos en el artículo 18 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 41.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo. En el escrito de devolución se especificaba que "la historia clínica relativa al proceso asistencial objeto de la reclamación se encuentra incompleta, limitándose a recoger la asistencia hospitalaria prestada entre los días 15 de enero y 4 de febrero de 2008. Sin embargo, la interesada refiere (...) la existencia de consultas y revisiones posteriores sobre las que igualmente vierte imputaciones de mala praxis que se extenderían, según su relato, entre los días 28 de enero y 14 de junio de 2008, periodo en el que se le habrían realizado a la menor veintisiete radiografías de control. Por otra parte, y aunque no cuestiona la asistencia prestada en este caso, también señala que fue objeto de tratamiento rehabilitador entre el 16 de abril de 2008 y el 23 de junio de 2009". En él se indicaba que "la Administración sanitaria debe incorporar la historia clínica completa del proceso asistencial que origina la reclamación, incluyendo en este caso la correspondiente al proceso de rehabilitación, aunque consideramos posible que de la misma se detraigan los documentos que recojan las pruebas técnicas realizadas, siempre y cuando su resultado concreto quede recogido en el resto de la documentación efectivamente incorporada".

**10.** El día 14 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica en los términos indicados por el Presidente del Consejo Consultivo.



**11.** Mediante escrito de 22 de diciembre de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor "la parte de la historia" clínica solicitada, "si bien, como se puede comprobar, no coinciden exactamente las fechas".

En la historia remitida figura, además de diversos documentos consignados en el antecedente tercero, un informe de alta por mejoría del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de 5 de enero de 2010, relativo al tratamiento dispensado a la paciente entre los días 7 de abril de 2008 y 23 de octubre de 2009. En el apartado relativo a la historia actual consta "flexo de rodilla izquierda posterior al alargamiento quirúrgico" y en el de exploración física que la paciente "a nivel de MII presenta un fijador externo en fémur y balance articular de rodilla: flexión 120°, extensión -20°, cadera con tendencia flexora y tobillo libre; eleva MII contra gravedad. Dismetría aparente  $\pm$  10 cm. Marcha con ortoprótesis y dos muletas con flexo de cadera y rodilla, realizando apoyo en equino". Se consigna una radiografía de "fémur izquierdo (04-06-08)" en la que "no se observan signos de fractura, callo óseo en formación", y otra de "MMII (01-09-08)" en la que se aprecia "fractura de extremo distal de tibia consolidada, disminución de la densidad ósea, angulación en varo del fémur de 40°, epífisis proximal en horizontal", y el tratamiento rehabilitador realizado. En el apartado de evolución y comentarios se indica que "como complicaciones ha tenido una fractura a nivel del foco de alargamiento del fémur y a nivel de epífisis distal de tibia izquierda./ En el momento actual realiza marcha con ortoprótesis estable y dissociada, presenta un acortamiento de MII aproximado de 15 cm con respecto al contralateral. En bipedestación: hiperlordosis lumbar, sin báscula pélvica. Cadera, rodilla y tobillo libres./ Con fecha 23-10-09 procedemos al alta, quedando pendiente de una posible nueva intervención quirúrgica en Barcelona".

**12.** Con fecha 12 de enero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la interesada la apertura de un nuevo trámite de audiencia. Consta en el expediente la personación de la madre

de la paciente en las dependencias administrativas para examinarlo y la presentación por la misma de un escrito de alegaciones el día 21 de enero de 2011. En él manifiesta que “en las copias del historial aportado en ningún caso se hace referencia a las 12 visitas realizadas (...) desde el 25-02-2008 al 14-06-2008, ni a las 27 radiografías de control. Con cada una de las radiografías se puede ver claramente la fecha en la que fueron realizadas y seguir el relato” que hemos expuesto, por lo que interesa su incorporación al expediente.

**13.** El día 31 de enero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita a la Gerencia del Hospital “X” la documentación referida por la reclamante.

**14.** Mediante oficios de 9 y 21 de febrero de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor una “copia completa de la historia clínica, así como todas las radiografías realizadas en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2008 (y el) 30 de junio de 2008”, y relación de informes emitidos por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, respectivamente.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Área de Urgencias, de 4 de agosto de 2008, por fractura en miembro inferior izquierdo tras una caída. b) Informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, en el que constan anotadas consultas con motivo de la prótesis los días 26 de septiembre y 6 de noviembre de 2008; 3 de marzo, 16 de septiembre y 24 de noviembre de 2009, y 5 de octubre y 23 de noviembre de 2010, y por rehabilitación los días 7 de abril, 20 de mayo, 4 de junio, 18 de julio y 11 de noviembre de 2008, y 25 de febrero, 23 de junio y 23 de octubre de 2009. Por lo que se refiere a las radiografías, consta efectuada una el día 4 de junio de 2008, en la que “no se observan signos de fractura. Callo óseo en formación”. En el apartado relativo a diagnósticos figura anotado el 7 de abril de 2008, “fémur corto congénito izdo., alargamiento finalizado (3 cm), fijador externo. Ausencia de rótula./ Fractura fémur izquierdo. Fractura de epífisis distal

de tibia" izquierda. En el relativo al curso evolutivo se consignan, entre otras, anotaciones el día 20 de mayo de 2008, "retirado ayer (19-05-08) el Orthofix: alargamiento conseguido 3 cm"; el 4 de junio, "acude a la consulta con la fisioterapeuta (porque) no se deja trabajar desde que se retiró el Orthofix; refiere dolor, sobre todo en hueso poplíteo. Se solicita Rx fémur izquierdo. Se informa del resultado de la Rx y comenzamos tratamiento en piscina"; el 18 de julio, "fueron a Madrid a solicitar 2ª opinión en el H. `Y´ (...), fx en foco con Rx del 14-06-08, callo óseo en formación el 14-07-08. La madre está preocupada porque no sabe qué hacer, carga o no carga"; el 7 de octubre, "acude la madre a la consulta y refiere estar muy contenta con el tratamiento en la piscina, se había interrumpido por fractura tibial. Aumentamos el número de sesiones y mantenemos la revisión"; el 11 de noviembre, "acudió a Madrid el 23-10-08 y recomiendan nueva intervención"; el día 25 de febrero de 2009, "en Madrid recomiendan reIQ para corrección de la angulación del fémur mediante placa./ En BCN recomiendan IQ pero con clavos intramedulares./ Al final están en lista de espera para IQ en BCN ( $\pm$  1 año)", que "aconseja, aunque los padres todavía no quieren, la amputación del pie"; el 23 de junio, "pendiente de valoración el 29 de junio en Barcelona./ Suspendemos piscina./ Revisión el 23 de octubre a las 11:30". En el apartado de tratamientos consta anotado el día 4 de junio de 2008, el de balneoterapia, con 152 sesiones, 5 días x semana, por las tardes, con "movilizaciones de cadera, rodilla y tobillo. Potenciar cuádriceps, estiramientos, isquiotibiales, bipedestación y marcha"; consta la observación de "baja densidad ósea (riesgo de refractura). ¡¡Mucha precaución!!", y el día 7 de abril de 2008, el de cinesiterapia, con 22 sesiones, de "movilizaciones pasivas de cadera y rodilla suaves; movilizaciones activas y activo-asistidas y resistidas de tobillo; potenciar musculatura MII global, bipedestación y control de marcha con ortoprótesis".

**15.** Obra incorporada al expediente una providencia de 23 de febrero de 2011, en la que se hace constar la recepción de dos sobres con radiografías realizadas

en el Hospital "X" por la paciente. Uno de ellos "contiene 9 copias de placas y el otro 14 radiografías que son originales".

**16.** Mediante oficio de 1 de marzo de 2011, se confiere a la reclamante un nuevo trámite de audiencia, constando la personación en las dependencias administrativas del padre de la paciente para examinar el expediente.

El día 21 de marzo de 2011 la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que las copias del historial siguen sin hacer referencia a las 12 visitas realizadas al doctor que identifica, y añade que en las radiografías se puede ver claramente la fecha en la que fueron practicadas y seguir el relato por ella expuesto, "aunque no se hayan reflejado los resultados en el historial clínico de Traumatología". Sostiene que el historial del Servicio de Rehabilitación no recoge la fractura que se observa en la placa que solicitaron el día 4 de junio de 2008, ni toman ninguna medida a pesar de los síntomas de dolor descritos. Interesa que se adjunten al expediente todas las radiografías para constatar la evolución completa del caso, que no ha sido plasmada por escrito en la historia clínica. Especifica que "las radiografías del sobre 'copias' han sido realizadas en las siguientes fechas: 28-01-2008, 10-03-2008, 19-05-2008, 04-06-2008, 28-04-2008, 14-06-2008" y que "las radiografías del sobre 'originales' han sido realizadas en las siguientes fechas: 03-02-2008, 11-02-2008, 18-02-2008, 25-02-2008, 03-03-2008, 17-03-2008, 07-04-2008".

**17.** El día 21 de julio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Se señala en la misma que "tras el tercer trámite de audiencia la reclamante continua sin aportar dato o argumento alguno que justifique sus pretensiones o desvirtúe la correcta actuación del Servicio de Salud. No realiza comentario alguno sobre las radiografías pedidas". Cita los folios del expediente en los que figuran las consultas a las que se refiere la interesada y concluye que todo ello corrobora "que la paciente ha sido objeto de un exhaustivo seguimiento y, como ya hemos dicho, una correcta y adecuada atención médica".

**18.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de agosto de 2011, registrado de entrada el día 10 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la entonces Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la menor perjudicada legitimada activamente para reclamar, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación. Habiendo sufrido el daño una persona menor de edad, está facultada para actuar en su representación la interesada, madre de la misma (a tenor de la documentación que obra en el expediente), según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos, pudiendo actuar, a su vez, por medio de representante. Fallecido este, no se confiere nueva

representación y sigue actuando en el procedimiento, como reclamante, la madre de la paciente.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 12 de diciembre de 2008, habiéndose practicado la intervención de la que trae origen el día 16 de enero del mismo año, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado, aun sin atender a la fecha de estabilización de las lesiones.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo 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 existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración

Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Es objeto de análisis en este procedimiento una reclamación de daños relacionados con una intervención de alargamiento de fémur efectuada en un hospital público.

Se alega como daño el sufrimiento innecesario padecido por la menor, que ha perdido su movilidad durante ocho meses, así como un incremento de las lesiones que sufría antes de la operación.

Ha quedado acreditado que cuando acudió al hospital la niña tenía fémur corto congénito; además se le apreció agenesia de rótula y de los ligamentos cruzados de la rodilla izquierda.

Tanto el informe del facultativo actuante como el informe técnico de evaluación niegan que la menor presente lesiones o daños diferentes a los que tenía en el momento del ingreso, y consta en el historial clínico el alargamiento de 3 cm tras el tratamiento, por lo que no cabe apreciar aumento de la disimetría.

También resulta del expediente que la paciente ingresó el día 15 de enero de 2008 y permaneció hospitalizada hasta el día 4 de febrero del mismo año, que durante este periodo fue sometida a dos intervenciones quirúrgicas (una osteotomía para alargamiento del fémur y colocación de tutor externo el día 16 de enero y otra para -según la hoja de intervención quirúrgica- reinsersión de pines proximales del citado tutor el día 30 del mismo mes) y que los 3 días que



siguieron a la primera intervención la niña refería dolor. El facultativo actuante reconoce que el tutor se aflojó y que tuvo que ser recolocado. Ha quedado constancia igualmente de la retirada del tutor el día 19 de mayo de 2008, de la fractura de fémur por la zona del alargamiento y de la posterior angulación del fémur.

Asimismo se ha probado que la niña siguió tratamiento de rehabilitación desde el día 7 de abril de 2008 hasta el 23 de octubre de 2009, por lo que debemos reconocer la existencia de estos hechos y de los eventuales daños derivados de los mismos, que cuantificaremos si concurrían los demás requisitos que se exigen para que sean resarcidos por la Administración sanitaria.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado en la reclamación es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel

criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

La reclamante atribuye los daños a una mala praxis médica en la intervención de alargamiento que se le realizó a su hija, reprochando la omisión de radiografías tras la primera intervención, que los tornillos no agarraron al hueso, que no se hubieran pautado antibióticos después de la segunda operación, un error de diagnóstico al no ver en una radiografía del día 11 de febrero de 2008 que se habían dejado flojos los tornillos del Orthofix y la omisión de sedación en la colocación y retirada -violenta- del Orthofix, así como la omisión de una radiografía posterior a esta maniobra.

Sin embargo, no aporta prueba alguna relativa a la mala praxis que censura, ni tampoco acredita la relación que los hechos que alega guardan con el estado actual de la menor, por lo que nuestra conclusión ha de basarse en el examen del historial clínico y los informes emitidos durante la tramitación del procedimiento.

Analizando una a una las tachas de la interesada, el facultativo que atendió a la niña informa que la intervención de osteotomía se realizó bajo control radiográfico y que tras la colocación del fijador externo se efectuó control radiológico en la proyección antero-posterior en (el) que se comprobó la posición correcta de la osteotomía, por lo que no cabe apreciar la alegada omisión de control radiológico. Además, el facultativo manifiesta haber informado en su día a la familia de que no serviría para nada hacer nuevas radiografías, pues la proyección AP solo se modificaría una vez comenzara el alargamiento.

Por lo que se refiere al dolor manifestado por la pequeña durante los tres primeros días, se trata de un efecto inherente a la intervención, y consta la

prescripción de analgesia sistemática y suplementaria, así como la vigilancia de su efectividad, por lo que no podemos apreciar mala praxis en su tratamiento.

El facultativo sostiene que el fallo de los tornillos proximales es un problema técnico, por lo que no cabe reputar mala praxis por el hecho de que se haya producido, y que a los dos días de diagnosticarlo se practicó una intervención quirúrgica para la sustitución de los mismos.

No se produjo infección, ni consta la creación de resistencias a agentes infecciosos, por lo que las actuaciones relacionadas con la prescripción y administración de antibióticos no guardan relación alguna con los daños por los que se reclama.

En cuanto al aflojamiento del tutor, ha de tenerse en cuenta que se detectó tras estar la menor una semana en su domicilio, sin que se hayan descartado por la reclamante otras causas en su producción. A estos efectos es insuficiente la manifestación vertida en el primer trámite de audiencia de haber realizado los padres un uso y mantenimiento ejemplar del Orthofix. Las alegaciones de la interesada no revelan demora en el diagnóstico del percance y el facultativo no la reconoce. Una vez detectado este fue subsanado sobre la marcha.

Los especialistas en Traumatología y Ortopedia indican que la retirada del fijador externo es indolora y la de los tornillos perfectamente tolerada, por lo que sistemáticamente se hace sin necesidad de anestesia, no pudiendo apreciar mala praxis por la omisión de anestesia en el caso que analizamos.

Tanto el informe técnico de evaluación como el de los especialistas en Traumatología y Ortopedia avalan la actuación de los profesionales del servicio público sanitario, pues entienden que su actuación ha sido correcta. Nuestra conclusión coincide con esta afirmación en lo que se refiere a lo examinado hasta este momento.

Sin embargo, el facultativo que asistió a la niña señala que el tutor externo se debe quitar en dos fases -primero el fijador y luego los tornillos-, y que este es el método habitualmente utilizado en todos los casos, "más en este (en) que el comportamiento del callo de fractura es impredecible". Pues bien, el

mismo facultativo reconoce que no se respetó la técnica habitual de extracción, pues el día 19 de mayo de 2008 se retiraron de una sola vez el fijador y los tornillos, aunque no consta la violencia que refiere la reclamante, ni tampoco qué relación tendría este hecho con los daños que se alegan.

Ahora bien, realizado un acto terapéutico al margen de la técnica habitual corresponde a la Administración acreditar que no ha ocasionado el daño, lo que no se ha hecho en el presente supuesto, ya que después de la retirada del tutor en la forma consignada se produjo una fractura del fémur por la zona de alargamiento, admitiendo el facultativo actuante que la angulación del fémur se produjo tras ello. No se puede determinar cuándo ocurrió la fractura, porque el médico no efectuó una radiografía posterior para verificar la integridad del fémur, y desde la retirada del tutor la niña refería dolor con el tratamiento rehabilitador, por lo que el día 4 de junio de 2008 se le realizó radiografía en la que -según informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación- no se observan signos de fractura; al ser vista en un hospital de Madrid se apreció la fractura en una radiografía del día 14 de junio de 2008, lo que, a falta de informe técnico en sentido contrario, nos lleva a concluir que la fractura no se produjo en el acto de retirada del Orthofix ni como consecuencia del modo de practicarla.

En cualquier caso, el facultativo que la atendió manifiesta que tras la retirada del tutor había aconsejado reposo y que no se realizó. Sin embargo, no consta emitido informe relativo a dicha recomendación, ni figura anotada la misma en las hojas de consultas externas y tampoco se ha consignado en la historia clínica que la actuación de los progenitores haya sido contraria a las indicaciones efectuadas, lo cual, dada su transcendencia en la evolución de la paciente, debería haber quedado reflejado en aquella. Esta omisión impide que consideremos acreditado el incumplimiento de las recomendaciones médicas por los padres, pues un informe emitido tras la reclamación no puede sustituir el contenido de las anotaciones en la historia clínica, y por ello carece de la eficacia probatoria de estas.

Con todo, entendemos que no puede apreciarse relación de causalidad entre la retirada del Orthofix y la fractura posterior en la zona del alargamiento y la angulación del fémur.

Del conjunto de lo expuesto cabe extraer la conclusión de que se está imputando al servicio público que el tratamiento instaurado no haya logrado corregir la lesión congénita que afecta a la paciente, a pesar de que la patología de base (fémur corto congénito, agenesia de rótula y de ligamentos cruzados de rodilla) conlleva las lesiones físicas que ahora pretenden atribuirse al tratamiento prescrito. Como recogen los informes emitidos en el procedimiento, la niña no presenta daños diferentes a los que padecía en el momento de su ingreso, que no cabe olvidar se produjo con una prescripción previa de amputación de su pierna.

Sobre ello, hemos de recordar que no habiéndose apreciado infracción de la *lex artis* no cabe achacar al servicio sanitario la ausencia de los resultados buscados o deseables, especialmente en un proceso terapéutico tan complejo y en el que de forma expresa se advierte de ello.

Así, se ha incorporado al expediente un documento de autorización para realizar el alargamiento en el que no consta especificado ningún riesgo pero sí (con un estrambótico "certifico" de la persona informada) que se han explicado la naturaleza del procedimiento y sus posibles complicaciones. En la reclamación, la madre de la paciente reconoce que se les explicó el problema más grave que podría producirse -que el hueso no formase suficiente callo óseo-, y con ello estimamos reconocida la efectiva información sobre el riesgo de fracaso total del tratamiento.

Con base en este consentimiento, entendemos que la perjudicada tiene el deber de soportar el daño vinculado a la intervención en un normal desenvolvimiento, esto es el vinculado al tiempo de permanencia en el hospital y el tratamiento rehabilitador posterior a la operación, así como a lo limitado de los resultados obtenidos en el alargamiento.

Sin embargo, debemos recordar que pesa sobre los facultativos la obligación de informar al paciente, antes de recabar su consentimiento para una

intervención quirúrgica, de los riesgos relacionados con sus circunstancias, así como de los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y que ha de dejarse constancia de ello en la hoja de consentimiento para acreditar el cumplimiento de dicha obligación. En un caso como este, de resultado tan incierto y en el que la intervención constituye una alternativa a la indicación de amputación de la pierna de la pequeña, sería preciso extremar el cuidado en la información que se suministra y su constancia para evitar la generación de falsas esperanzas cuya frustración pueda afectar a la confianza en los tratamientos prestados. Por ello, y aunque no afecte por lo expuesto a la conclusión alcanzada sobre la reclamación, no podemos dejar de lamentar que no conste por escrito en la historia clínica, con carácter previo al inicio de la intervención y del correspondiente tratamiento, lo que tras la reclamación planteada informa el Servicio responsable. Así, según este, se “comenta a los padres que en este Servicio inicialmente no se indica la amputación de la pierna sino el alargamiento del fémur, sabiendo que es un tratamiento largo y complicado que precisará varias intervenciones y es probable la necesidad de resolver múltiples complicaciones y que al final en muchos casos no se consigue el resultado esperado siendo necesaria la amputación./ Se les explica que las complicaciones que pueden ir apareciendo son debidas a varios factores: En primer lugar, a los medios técnicos necesarios, como el fijador externo, que está diseñado para pacientes de más edad (...). En segundo lugar, la patología de base de la enferma (...) presenta alteraciones anatomopatológicas que hacen impredecible el comportamiento del callo de fractura (...). En tercer lugar, la inestabilidad de la rodilla agrava y dificulta el tratamiento. Por otra parte, la colaboración de los padres o familiares es fundamental, tanto desde el punto de vista psicológico como del control del proceso, ya que serán los encargados tanto de llevarlo a cabo como de practicar la rehabilitación” de la paciente.

Asimismo, el facultativo actuante informa de la complicada relación mantenida con los padres de la paciente, que, según refiere, desatendían sus

recomendaciones. A propósito de ello, debemos subrayar que han de reflejarse en la historia clínica las circunstancias de la asistencia y que es necesario emitir informes de consultas externas en los que consten las recomendaciones de tratamiento.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.