

Expediente Núm. 29/2013
Dictamen Núm. 54/2013

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fuego, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 21 de marzo de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 13 de febrero de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 16 de diciembre de 2011, la interesada presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que considera derivados de una deficiente asistencia sanitaria.

Expone que el “pasado 17 de febrero de 2010 (...) en el Hospital ‘X’”, le efectúan “una artroplastia total de cadera derecha (...) bajo la responsabilidad” del doctor que identifica, sin que “en ningún caso previamente a dicho acto quirúrgico” se le informase de “forma específica y clara” sobre “los riesgos y

consecuencias de la misma, habiendo prestado su consentimiento en formato estándar, y en blanco sin mayor contenido”. Señala que durante la estancia hospitalaria el citado doctor en “ningún momento” le informó de que como consecuencia “de la intervención presentaba una disimetría”, siendo ella misma, cuando pudo ponerse en pie, “quien se dio cuenta de la situación”. Añade que ese mismo día una “persona del departamento de Trauma” le preguntó, entre otras cuestiones, si “era coja desde pequeña”. Alarmada “por la visible disimetría de la pierna, diariamente” pregunta “el por qué de la misma, y qué tipo de prótesis” le implantaron, “sin ninguna respuesta”. Tras el alta hospitalaria, el doctor en consulta externa le retira “la mitad de las grapas y se habla por primera vez de rehabilitación, posponiendo esta para la primera revisión en el mes de abril y ordenando realizar una radiografía de pelvis en bipedestación en esa misma fecha para hacer una valoración de la disimetría (sin ningún comentario al respecto de esta secuela)”.

El día 5 de abril el doctor, tras “el resultado de la radiografía recién hecha,” le comenta, respecto a la disimetría, que “era prácticamente inapreciable (5 mm)”, por lo que le aconsejó “una plantilla de esa medida (...) y que volviera en 6 meses”. Manifiesta que, después de insistir ella en que “existía una diferencia mucho mayor” entre las dos piernas, aquel llevó a cabo una exploración y le propuso “hacer una medición más precisa y poder efectuar una valoración real de la disimetría”, pero dentro de seis meses. Ese mismo día decidió volver al despacho y preguntarle el “tipo de prótesis” implantada y la “causa de la disimetría”, respondiendo “a la primera pregunta (...) `normal´ y a la segunda `creo que ya está todo explicado, en varias ocasiones y hace tiempo´”.

Ante la “total pérdida de confianza y desprotección” solicita el traslado “a otro centro hospitalario”, pues tras la operación “no solo no mejoro (...), sino que me encuentro igual de limitada, con fuerte dolores, con una importante cojera y con una disimetría que estéticamente se percibe a simple vista y de lejos, ocasionando no solo un estado físico mermado sino moral, precisando ayuda psicológica y médica a nivel emocional”. Indica que se le concede

consulta en el Hospital "Y" en el "mes de julio", siendo atendida por un doctor que la "escuchó (...), exploró y diagnosticó una disimetría de aproximadamente 3,5 cm y propuso en un principio, como medida paliativa, la colocación de un alza en el pie izquierdo para corregir la diferencia tan evidente entre ambas extremidades y esperar un tiempo prudencial para observar" la adaptación y comprobar si los "dolores disminuían" a pesar del alza y la cuña, y precisa que los "dolores no solo no desaparecieron sino que aparecieron otros y con más persistencia".

Afirma que en el "mes de octubre" solicitó una consulta con dicho doctor, que "ordenó efectuar una telerradiografía o escanometría de ambas piernas" para hacer "una valoración más exacta de la disimetría", valoró nuevamente "los dolores y me propuso derivar el caso" a otro doctor, siendo recibida por este último al día siguiente, el cual detectó "una disimetría aproximadamente de 4 cm", aconsejando "tratamiento quirúrgico para corregirla".

Menciona que el "día 11 de octubre" acudió al Hospital "X" para hacerse la prueba radiológica prevista y a la posterior consulta, siendo atendida por un doctor que le explica que el especialista que la había atendido anteriormente "no deseaba recibirme, alegando pérdida de confianza, y aconsejándome que acudiese a otro centro hospitalario", por lo que "no recibí ningún tipo de información sobre mi problema médico". Subraya que en la actualidad se encuentra "bajo la atención" del Hospital "Y", identificando a dos doctores a los que agradece "la profesionalidad" demostrada y "a la espera de que se lleve a cabo la intervención quirúrgica" propuesta por "dichos facultativos para subsanar las patologías" que presenta.

Considera que por parte del "Servicio de Traumatología del Hospital 'X'" se ha "infringido la 'lex artis' en el tratamiento dispensado", pues se ha realizado una "intervención quirúrgica sin que conste consentimiento informado prestado (...) con la suficiente información individualizada al caso concreto" y que se ha llevado a cabo una "deficiente praxis quirúrgica", con una "ausencia total de información respecto a las causas y secuelas derivadas de la intervención descrita" y, lo que es más grave, sin "muestra de interés por

procurarle (...) los medios adecuados para paliar el resultado e intentar solucionar sus patologías”.

Reclama una indemnización por importe total de ciento veinte mil euros (120.000 €).

Solicita “la apertura del trámite de prueba” y plantea, “sin perjuicio de las que puedan proponerse en el momento oportuno”, prueba documental, consistente en que se requiera al Hospital “X” una “copia íntegra” de su historia clínica.

2. Con fecha 10 de enero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la perjudicada 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 efectos del silencio administrativo.

3. Mediante escritos de 23 de enero y 22 de febrero de 2012, la Directora Médica del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la perjudicada y un informe del Servicio de Traumatología.

En el informe, emitido por el Jefe del Servicio el día 21 de febrero de 2012, se hace constar que la paciente fue “intervenida con fecha 17 de febrero de 2011” por presentar “una coxartrosis secundaria a coxa vara en cadera derecha”, apreciándose previamente “ya una diferencia de longitud de 8,1 mm”. En las radiografías realizadas el “día 24 de noviembre de 2010 (...) se observaba una diferencia de longitud de las piernas con alargamiento de la pierna derecha y elevación de la cresta ilíaca”, se implantó “una prótesis sin cementación con cabeza y cuello modular”, siendo “informada tanto la paciente como la familia sobre la evolución y los resultados de la operación”.

Añade que la reclamante fue atendida “en consulta ambulatoria por mí los días 1 de marzo y 5 de abril (este último día en dos ocasiones). Refería un alargamiento de la extremidad con dolor en la cadera operada” y se le “explicó reiteradamente” que “era preciso esperar la evolución del implante para saber

si aparecía un hundimiento de algunos milímetros que era frecuente en las prótesis no cementadas”. Además se le explicó que, “ante la posibilidad de que (...) la cabeza de la prótesis saliera de su sitio, en la operación se optó por colocar el cuello necesario para dar estabilidad, aun a pesar de que se produjera un alargamiento de la pierna”, añadiendo que con fecha “11 de abril de 2011 la paciente solicita (...) traslado del expediente y consulta en otro centro por haber perdido la confianza en mi”. Señala que el “tratamiento de las disimetrías de extremidades secundarias a las operaciones de cadera es habitualmente con plantillas correctoras, ya que el tema es exclusivamente estético; alternativa que se le ofreció a la paciente (...), indicándole que si no era suficiente se valorarían otras posibilidades (...) que yo no recomendaba en aquellos momentos”.

Afirma que cuando se le han solicitado ha dado “las explicaciones convenientes”, que la “pauta que se sigue en el Servicio es exactamente igual para todos los pacientes operados con estas prótesis”, que la “diferencia de longitud de las piernas y cojera es una complicación frecuente tras las prótesis de cadera, y así figura en el consentimiento informado”. Acompaña a su informe dos radiografías de fecha 24 de noviembre de 2010 y una de 11 de octubre de 2011.

4. El día 16 de marzo de 2012, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita al Servicio de Traumatología y Ortopedia el Hospital “Y” “los informes médicos correspondientes a la asistencia prestada” a la interesada.

Obra incorporado al expediente el informe emitido por el citado Servicio el 17 de octubre de 2011 en el que consta que la “paciente refiere disimetría de miembros inferiores, comprobándose en la exploración física una diferencia aproximadamente (de) 4 cm a favor del miembro inferior derecho./ Se aconseja tratamiento quirúrgico para corregir la disimetría”.

5. Con fecha 27 de marzo de 2012, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos y los daños reclamados, concluye que la reclamante “ya presentaba una diferencia de longitud en MMII de 8,1 mm” y que “tras ser intervenida de PTC derecha sufre una disimetría de 4 cm a favor de su MID”. Añade que dicha “complicación” está “recogida” en el documento de consentimiento informado específico “que la asegurada firmó” y, puesto que se encuentra “en la actualidad a la espera de ser intervenida para proceder a su corrección (...), no puede concretarse la situación residual definitiva”. Por ello, “considera que no procede acceder a la reclamación por responsabilidad patrimonial” formulada por la reclamante.

6. El día 17 de junio de 2012, a instancias de la compañía aseguradora, una asesoría privada emite un informe suscrito colegiadamente por tres especialistas, uno en Traumatología y Cirugía Ortopédica, otro en Cirugía General, Traumatología y Ortopedia y el último en Cirugía de la Mano y Nervios Periféricos.

En él se señala que en las “sustituciones de PTC puede presentarse una disimetría en razón de la situación muscular referida a la tensión necesaria para mantener el implante reducido y funcional” y que en la “medición de imágenes radiográficas de pelvis cogiendo cadera, como existe en la documentación, la disimetría real es compensable con corrección en zapato normal”. Concluye que “no ha existido mala praxis, se ha actuado según (la) lex artis ad hoc”.

7. Con fecha 4 de octubre de 2012, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias elabora un informe en el que amplía el emitido el 27 de marzo de 2012. En él, tras detallar que la paciente fue intervenida el día 10 de julio de 2012 “para corregir la disimetría”, concluye que “no procede indemnizar a la asegurada, al no haber existido ni una actuación defectuosa por parte de los servicios médicos que la atendieron, ni secuela alguna tras la reintervención”. Obran

incorporadas al expediente las hojas de curso clínico y los informes del Servicio de Traumatología del Hospital “Y” referentes a la citada reintervención.

8. Mediante escrito notificado a la reclamante el 23 de noviembre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente durante un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en aquel.

9. Con fecha 31 de enero de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación presentada, basándose en idénticos argumentos a los expuestos en el informe técnico de evaluación, en la ampliación del mismo y en el emitido por la asesoría privada.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de febrero de 2013, registrado de entrada el día 18 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 Consejería de Sanidad, 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 interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 16 de diciembre de 2011, habiendo tenido lugar el proceso quirúrgico objeto de reclamación el día 17 de febrero de 2011, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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.- Funda la reclamante su pretensión indemnizatoria en el funcionamiento de la Administración sanitaria, al sufrir una dismetría en sus miembros inferiores tras una intervención quirúrgica destinada a la implantación de una prótesis total de cadera.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditado que tras la citada operación la paciente presentaba una diferencia de longitud en sus miembros inferiores, por lo que hubo de ser reintervenida.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión 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 en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante 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. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

La interesada reprocha a la Administración que ha “infringido la ‘lex artis’ en el tratamiento dispensado (...) en varios sentidos”. Afirma que se realizó la intervención quirúrgica “sin que conste consentimiento informado (...)”

con la suficiente información individualizada al caso concreto” y que existió una “deficiente praxis quirúrgica”, una “ausencia total de información respecto a las causas y secuelas derivadas de la intervención” y una falta de interés por “procurarle (...) los medios adecuados para paliar el resultado e intentar solucionar sus patologías”.

Sin embargo, y pese a que le incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realiza, la reclamante no ha desarrollado la menor actividad probatoria. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada a la perjudicada con base en la documentación que obra incorporada al expediente, y que ha sido aportada al mismo por la Administración sanitaria.

Hemos de señalar, en primer lugar, que cuando la paciente acude al Hospital “X” el día 24 de noviembre de 2010, según se detalla en las hojas correspondientes a las “notas de progreso”, lo hace por “dolor (de) cadera derecha en relación con necrosis aséptica (...) de unos 5 años de evolución”, constando en sus antecedentes familiares “un hermano con la misma lesión en ambas caderas” y que ya había sido valorada y aconsejada para “ser operada”, por lo que en ese momento se le pide “preoperatorio y se pone en lista de espera”. Además presentaba en el preoperatorio una “coxa valga” y una “diferencia de longitud de las piernas”; así se afirma en el informe del Jefe del Servicio de Traumatología de dicho centro y se corrobora en el informe técnico de evaluación y en el emitido por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora.

En el presente caso, consta en la hoja de consentimiento informado para “prótesis articular del miembro inferior: cadera y rodilla” una explicación acerca de la intervención quirúrgica, las posibles alternativas diagnósticas y los riesgos derivados de ella, recogándose también en él que la paciente ha tenido la posibilidad de aclarar sus posibles dudas, hallándose firmado por la reclamante, lo que es corroborado por el informe técnico de valoración al señalar que la paciente “firma el consentimiento informado (...) que existe para este tipo de intervenciones en el centro”; en el mismo sentido se muestra el informe emitido

por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora, donde se afirma que el consentimiento es “específico para la sustitución articular del miembro inferior de dos zonas anatómicas que tienen características comunes en relación con el acto quirúrgico”. Aunque es deseable que la información suministrada en las hojas de consentimiento informado sea lo más concreta posible y que conviene cumplimentar el apartado de observaciones particulares relativas al paciente, consta en la hoja de consentimiento informado para la intervención de prótesis de cadera, dentro de los riesgos y complicaciones que pueden presentarse, “cojera y acortamiento del miembro”. Al respecto, señala el informe técnico de evaluación que en él “se recogen las posibles complicaciones (...), entre las que figuran las dismetrías” -que se dan de forma “relativamente habitual”-, considerando los especialistas que “es previsible pero no evitable a pesar de la planificación correcta de la cirugía”, y sostienen que la paciente “conocía (...) las complicaciones propias del implante”.

En cuanto a la “deficiente praxis quirúrgica”, es necesario señalar que la paciente no concreta a qué deficiencia se refiere y dicha afirmación se basa únicamente en sus declaraciones. No obstante, en el informe del Jefe del Servicio de Traumatología se detalla que la “intervención quirúrgica transcurrió sin incidencias, implantándose una prótesis sin cementación con cabeza y cuello modular, obteniéndose una articulación estable sin peligro de luxación”, y aclara que, ante la “posibilidad de que existiera una luxación (...), en la operación se optó por colocar el cuello necesario para dar estabilidad, aun a pesar de que se produjera un alargamiento”.

Al respecto, conviene destacar que en el informe técnico de evaluación se indica que en este tipo de intervenciones se “ha de buscar siempre la estabilidad de la articulación, al ser la luxación de la prótesis la complicación más importante y frecuente”, a lo que añaden los especialistas que las dismetrías pueden presentarse en función de la “situación muscular referida a la tensión necesaria para mantener el implante reducido y funcional”, aclarando que el problema que presentaba la paciente con anterioridad a la cirugía -coxa valga- “determina (la) necesidad de compensar el desequilibrio muscular con el

voladizo del componente femoral”. Afirman, asimismo, que los “implantes son modulares, pero no personalizados”, y que “precisan de un equilibrio de partes blandas”, pues “no son solo dependientes de planificación quirúrgica”, sino también “de la capacidad contráctil muscular sobre la que no existe capacidad de influencia por parte de los profesionales, excepto para darles la tensión adecuada que impida las inestabilidades o la ya anunciada luxación”, por lo que concluyen que “no ha existido mala praxis”.

Por último, respecto al reproche relativo a la falta de interés para paliar la disimetría, es una manifestación que no puede aceptarse. Consta en la historia clínica -notas de progreso correspondientes al día 1 de marzo de 2011- “volver en un mes con Rx en bipedestación para evaluar disimetría”. Es valorada nuevamente el 5 de abril de 2011, en que “se hace medición en radiografías y se aprecia una disimetría (...). Pongo plantilla de 5 mm en lado izquierdo (...). Pido telerradiografía para próxima revisión”; ese mismo día “quiere más información”, se le “admite nuevamente a consulta fuera de horario (...). Explico nuevamente la causa de la disimetría”, hago la “exploración en la camilla, como desea la paciente”, y, dado que “refiere estar descontenta (...) por el trato recibido (...), se le dice que (...) solicite evaluación y tratamiento por otro traumatólogo u otro hospital”. En términos similares se detalla el trato prestado a la paciente en el informe del Jefe del Servicio de Traumatología de fecha 27 de abril de 2011, en el que se especifica que se le ha informado de la disimetría y explicado “porqué se había producido (para evitar una cadera inestable o luxable)”, que se le realizaron “radiografías especiales para proceder a la medición” y, cuando la paciente perdió la confianza en el Servicio, se vio “oportuno su derivación a otro centro”, consignándose que, a pesar de que fue remitida al Hospital “Y”, consta que acudió el día 11 de octubre de 2011 a consultas externas del Hospital “X”, obrando en el expediente una radiografía de ambas piernas de esa fecha.

Ante la disimetría que presentaba, y a diferencia de lo manifestado por la interesada, figura en la historia clínica que se le pautó el tratamiento adecuado, según detalla el informe del Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital “X”

de 21 de febrero de 2012, "con plantillas correctoras (...), alternativa que se le ofreció (...), indicándole que si no era suficiente se valorarían otras posibilidades". Este tratamiento se considera correcto en el informe técnico de evaluación, en el que se detalla que la disimetría debe tratarse "en primer lugar con un alza y en último término con cirugía", añadiéndose en la ampliación del mismo que "desde un principio se le indicó (primero, calza; después, cirugía)", por lo que considera que tanto en el Hospital "X" como posteriormente en el Hospital "Y" el tratamiento fue "el adecuado en estas situaciones".

La corrección del tratamiento resulta corroborado, igualmente, por los especialistas, al afirmar que el mismo "está en relación con la longitud" de la disimetría, indicando que entre "1,5 - 4 cm" se pondrá un "alza para compensar" y entre "4 - 10 cm" procede el "alargamiento o acortamiento (...) con la técnica adecuada". Por otro lado, hemos de señalar que sorprende la censura de la reclamante respecto a este tratamiento cuando, por el contrario, lo acepta sin reproche alguno al ser pautado -tres meses más tarde- por especialistas del Hospital "Y". Ella misma manifiesta en su escrito de reclamación que "en el mes de julio" se le propuso "en un principio, como medida paliativa, la colocación de un alza en el pie izquierdo (...) y esperar un tiempo prudencial para observar" su "adaptación" y "comprobar si sobre todo los dolores disminuían"; afirmaciones que aparecen detalladas en la anotación del curso clínico correspondiente a la consulta del día 14 de julio de 2011, en la que consta que se le recomienda un alza de "3 cm", figurando en la del día 6 de octubre de 2011 que "se adaptó relativamente bien con un alza en un lado y acortando el talón del otro", si bien hubo de ser reintervenida el 17 de julio de 2012.

A la vista de ello, considera este Consejo que no ha quedado acreditado que en la asistencia sanitaria prestada a la interesada se haya producido violación alguna de la *lex artis*, y que la aparición de una disimetría subsiguiente a una intervención quirúrgica de implante de prótesis total de cadera no guarda relación con una mala práctica médica, sino que se trata de un riesgo de este tipo de cirugías recogido en el documento de consentimiento informado suscrito

por la interesada; complicación que fue subsanada posteriormente mediante una reintervención en la sanidad pública -sin secuela alguna-. En definitiva, el daño producido no resulta antijurídico, por lo que no existe responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en relación con los daños alegados.

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.