

Expediente Núm. 18/2014
Dictamen Núm. 25/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, 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 13 de febrero de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 9 de enero de 2014, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de mayo de 2013, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye a la rotura de un tendón en una artroplastia y a la prescripción de una dosis insuficiente de anticoagulante.

Señala que el día “26 de junio de 2012 es operada de la rodilla izquierda por artrosis en el Hospital `X´”, realizándosele una “artroplastia total (...) con implante (...) y con grapa en el tendón rotuliano”, y precisa que “como

consecuencia de la operación se le rompe el tendón rotuliano, constando en comentario de evolución del informe hospitalario. Habiéndole puesto una grapa sin información ni explicación” alguna.

Explica que “10 meses después” el traumatólogo le propone “cambiar la prótesis, pero que no hay fiabilidad de resultado positivo al haberle roto el tendón rotuliano en esa primera operación y a la trombosis sufrida debida a la medicación mal pautada”. En torno a este extremo, concreta que “tras la operación le dan Eclasenan de 60” cuando a ella, al pesar 125 kilos, debió suministrársele “Eclasenan de 80 ó más”.

Refiere también que tras el alta no es llamada puntualmente a rehabilitación, que presenta “infección de la herida quirúrgica que se trató con antibióticos por (...) su médico de Atención Primaria” y que ingresa en el Hospital “Y” “para manipulación de rodilla con prótesis total”, aclarando que tras un nuevo ingreso en “X” “por dolor” y otros controles de seguimiento el Servicio de Rehabilitación Domiciliaria informa, el 24 de enero de 2013, que su rodilla “no funciona para el desarrollo de su vida diaria y laboral. Pendiente de revisión por Trauma”.

Respecto al quantum indemnizatorio, reclama por las “lesiones (...) ya irreversibles” que enumera y los días hospitalarios e impeditivos “un total de 78.265,62 €”, a los que “hay que añadir el 10% de factor de corrección sobre las secuelas”.

2. El día 12 de junio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la interesada 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 del silencio administrativo.

3. Durante la instrucción se incorporan al expediente, remitidos por el centro hospitalario que atendió a la paciente, copias de su historial clínico relacionado

con el episodio objeto de reclamación y el informe librado por el servicio al que se imputa el daño.

En la historia clínica consta el informe de alta en el Servicio de Traumatología, librado el 3 de julio de 2012, tras la artroplastia de rodilla realizada el 26 de junio del mismo año, reseñándose en el apartado relativo a "comentario evolución" que tal operación se realiza "con implante de PTR MC2 cementada y con grapa en el tendón rotuliano. Inicia deambulacion con apoyo parcial de la extremidad. Observa buena evolución clínica y radiológica, por lo que es alta hospitalaria para seguimiento ambulatorio". Se le pauta "Clexane 60 mg 1 vial sc cada 24 h".

Igualmente, obran en el historial los documentos de consentimiento informado para anestesia, pruebas radiológicas y tratamiento con anticoagulantes orales.

El Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología informa, con fecha 28 de junio de 2013, que tras la intervención y el alta, en "controles posteriores en consultas externas, el día 21-02-2013 se solicita estudio de gammagrafía ósea que se realiza el 13-03-2013, informada como: hallazgos compatibles con aflojamiento aséptico, aunque pueden responder a remodelado posquirúrgico. Se pauta revisión en el mes de octubre./ Revisada la historia del S.º de Neumología: ingresa el 16-08-2012 por cuadro de disnea y dolor torácico, con el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo./ Durante su ingreso en el S.º de Neumología se realiza tratamiento con HBPM y Sintrom, con buena evolución y controles posteriores".

No se incorporan al expediente, pese a ser requeridos por la Inspectora de Prestaciones Sanitarias, la historia clínica de la reclamante en el Hospital "Y" ni el informe de su centro de salud.

4. Con fecha 19 de julio de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras reseñar los antecedentes de obesidad, artrosis, rigidez de rodilla y

cirugía de la misma por meniscopatía, detalla que la artroplastia total de rodilla “es la cirugía ortopédica que mejores resultados (...) da al paciente”, si bien “durante la implantación protésica se pueden producir (...) complicaciones, siendo las más frecuentes la aparición de trombosis en las venas o infección” y las “menos frecuentes” las “lesiones o roturas del tendón rotuliano”.

Indica que en este caso la paciente “sufrió complicaciones recogidas en el documento de consentimiento informado como “riesgos típicos”, entre ellas “rotura de un ligamento, trombosis (...) y limitación de la movilidad de la articulación (...) que a veces requieren una movilización bajo anestesia para liberar las adherencias producidas o una nueva intervención (...). Las complicaciones descritas habitualmente se resuelven con tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador o en algún caso requieren una reintervención”.

Respecto a las dosis de anticoagulante que “se utilizan para prevenir la trombosis (...) o disminuir el riesgo de que se repita”, advierte que fueron correctas, pues “la paciente pesaba en los días previos a la intervención quirúrgica 125 kilogramos, dato a considerar (...) junto a los resultados obtenidos en los análisis de hematología y coagulación realizados”, y añade que “aunque el tratamiento con anticoagulantes se realice de forma correcta no puede asegurarse un 100% de prevención”.

Concluye que la actuación de los profesionales médicos fue correcta y ajustada a la *lex artis*, y que las secuelas de la paciente “son consecuencia más de circunstancias personales (...) que agravaron su proceso (...), solventadas y tratadas en tiempo razonable y correcto”.

5. El día 22 de septiembre de 2013, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas, uno de ellos en Cirugía Ortopédica y Traumatología, otro en Cirugía General, Traumatología y Ortopedia y el tercero en Traumatología y Ortopedia. En él señalan que la paciente, “con antecedentes médicos de obesidad (...), cirugía de rodilla izquierda por meniscopatía y rotura de ligamento cruzado anterior, fue diagnosticada de gonartrosis izquierda muy evolucionada, por lo que se sentó

indicación quirúrgica de artroplastia de sustitución con prótesis de rodilla. A pesar de la juventud de la paciente (30 años), dadas las graves lesiones degenerativas articulares que presentaba y la limitación funcional que estas lesiones originaban, la artroplastia de sustitución es la técnica de elección, pues cualquier otra técnica más conservadora (...) estaría abocada al fracaso”.

Respecto a la alegación de que durante el acto quirúrgico “se produjo una rotura de tendón rotuliano de la que no fue informada, sospecha basada en la colocación de una grapa durante la intervención”, advierten que “estamos en condiciones de asegurar que dicha rotura del tendón no se produjo, ya que a la paciente se le permitió movilizar y cargar sobre su rodilla de inmediato, circunstancia que en caso de rotura del tendón hubiera originado una rerotura inmediata con claros signos de impotencia funcional para la extensión de la rodilla por discontinuidad del aparato extensor”. Razonan que “es práctica habitual durante la colocación de una prótesis que en rodillas (...) que presentan una grave dificultad para la necesaria luxación de la rótula durante la intervención se realice un despegamiento parcial de la inserción tibial del tendón rotuliano y, como medida de precaución, al finalizar la cirugía se coloque una grapa en la zona parcialmente despegada (...). Por tanto, nos encontramos no ante una complicación quirúrgica, sino ante un habitual gesto técnico en las artroplastias de sustitución de rodilla. Debemos mencionar también que esta circunstancia está descrita en el informe de alta de fecha 3 de julio de 2012 en los comentarios de evolución, por lo que podemos deducir que la paciente fue perfectamente informada de este hecho”.

En cuanto a la dosificación de la “Enoxiparina”, afirman que en “todos los protocolos revisados, e incluso en la documentación del propio laboratorio farmacéutico fabricante (...), queda perfectamente recogido que en la utilización profiláctica de la Enoxiparina para la enfermedad tromboembólica la dosis a utilizar en pacientes de alto riesgo es de 40 mg sc cada 24 horas”. Subrayan que no ha de confundirse su uso profiláctico con su uso “terapéutico” en sustitución del anticoagulante administrado habitualmente, siendo en estos casos cuando “la dosis a emplear debe ser proporcional al peso del paciente o a

otras consideraciones clínicas como la insuficiencia renal. A pesar de ello, se utilizaron dosis de 60 mg/24 horas, un 50% superior a lo aconsejado por la literatura, dados los factores de riesgo de la paciente”.

En relación con el tromboembolismo pulmonar, sostienen que “no existe ningún tratamiento profiláctico que asegure al 100% la ausencia de aparición de tan temida complicación. Según la literatura consultada, hasta un 30% de los pacientes sometidos a una cirugía de recambio articular de rodilla con correcta profilaxis antitrombótica realizada presentan signos venográficos de trombosis venosa profunda y una incidencia demostrada de tromboembolismo pulmonar clínico cercano al 3%”.

Sobre la invocada “infección de la prótesis”, advierten que “esta situación no ha quedado recogida documentalmente en ningún momento. Es más, las pruebas gammagráficas realizadas en marzo de 2013 (...) descartan explícitamente la existencia de dicha infección”.

Concluyen que el actual déficit de movilidad “posiblemente (...) esté originado por los habituales fenómenos de artrofibrosis posoperatoria, en los que las condiciones y actitud de la paciente son muy importantes (...). En definitiva, se trata de un caso de gonartrosis muy evolucionada en paciente joven y con obesidad (...) en la actualidad (...) pendiente de la realización de nuevas pruebas para valorar la evolución de la artroplastia”, sin que aparezcan “actuaciones médicas contrarias a las consideraciones de la *lex artis ad hoc* ni (...) signos de desidia o abandono en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento” de la misma.

6. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado a la reclamante el 22 de octubre de 2013, el día 30 de ese mismo mes comparece esta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente.

Con fecha 6 de noviembre de 2013, presenta un escrito de alegaciones en el que señala que los informes incorporados a aquel “coinciden (en) admitir que la rotura del tendón rotuliano deriva de la operación de rodilla”, concluyendo así que sufrió en la operación una rotura “no deseada, ni

necesaria". Insiste en que la dosis de anticoagulante no se ajustó a su "peso y situación" y se remite a las "secuelas" que se documentan en la historia clínica.

7. El día 4 de diciembre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que la dosis de anticoagulante era adecuada, que "el tromboembolismo pulmonar sufrido constituye la materialización de un riesgo típico" de la cirugía y que "en ningún caso se debe a una dosis insuficiente". Afirma que "de la documentación existente en el expediente no cabe apreciar la rotura del tendón rotuliano (...), ya que la clínica hubiera sido muy distinta", y que "la limitación de movilidad articular, posiblemente debida a las características de la paciente, fue adecuadamente tratada y corregida".

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de enero de 2014, registrado de entrada el día 21 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 29 de mayo de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que se deduce -la artroplastia y posterior prescripción de anticoagulante- en el mes de junio del año anterior, por lo que, sin necesidad de atender a la estabilización de las secuelas, 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 advierte que el informe evacuado por el servicio al que se imputa el daño es deficiente, pues se limita a relatar o reproducir la realidad que ya se recoge en la historia clínica sin abordar explícitamente las imputaciones vertidas en el escrito de reclamación. Pese a ello, no se estima pertinente en este momento la retroacción de las actuaciones, toda vez que el resto de la documentación incorporada al expediente permite un pronunciamiento de fondo sobre la controversia que se suscita.

Asimismo, 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.- Imputa la reclamante a la Administración sanitaria el daño asociado al tratamiento de sus dolencias y a sus limitaciones de movilidad articular al considerar que son consecuencia de una rotura del tendón rotuliano en el curso

de una artroplastia de rodilla y de la prescripción de una dosis insuficiente de anticoagulante a la que anuda un episodio de trombosis.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, queda acreditada la realidad de un daño, pues la paciente sufre una trombosis venosa en su miembro inferior izquierdo, un tromboembolismo pulmonar y un déficit de movilidad en su rodilla -todos ellos posteriores a la intervención quirúrgica reseñada-, aunque su historia clínica desvela también con nitidez la incidencia de otros factores, anteriores o ajenos al servicio sanitario, en la producción del daño cuyo resarcimiento se interesa.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

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*.

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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

En suma, el enjuiciamiento del quehacer médico ha de fundarse en los criterios periciales obrantes en el expediente, todos ellos aportados por la Administración y su aseguradora, pues, pese a la naturaleza señaladamente técnico-médica de las imputaciones que la reclamante sostiene -y cuya prueba le incumbe-, no ha desarrollado en vía administrativa ninguna actividad probatoria en relación con la supuesta infracción de la *lex artis* por los profesionales del servicio público sanitario, limitándose a invocar una supuesta rotura del tendón rotuliano y una dosificación errónea del fármaco anticoagulante que le fue pautado.

En torno al primer extremo, hemos de advertir que nada objetiva en lo actuado que -como afirma la perjudicada- se hubiera producido una "rotura del tendón rotuliano" en el curso de la artroplastia. La interesada aduce que así consta "en comentario de evolución del informe hospitalario", pero en el referido comentario, inserto en el informe de alta, se alude llanamente a la implantación de una prótesis de rodilla "cementada y con grapa en el tendón rotuliano", reflejándose, a continuación, que la paciente "inicia deambulación

con apoyo parcial de la extremidad. Observa buena evolución clínica y radiológica, por lo que es alta hospitalaria para seguimiento ambulatorio". En definitiva, lo único que se constata es la colocación de una grapa, sin que de ahí pueda inferirse, de espaldas al resto del curso clínico, la rotura del tendón. Frente al vago criterio de la reclamante, huérfano de cualquier soporte pericial, los tres especialistas que rubrican el informe traído por la aseguradora advierten -con contundencia- que "estamos en condiciones de asegurar que dicha rotura del tendón no se produjo, ya que a la paciente se le permitió movilizar y cargar sobre su rodilla de inmediato, circunstancia que en caso de rotura del tendón hubiera originado una rerotura inmediata con claros signos de impotencia funcional para la extensión de la rodilla por discontinuidad del aparato extensor". En el mismo informe razonan que "es práctica habitual durante la colocación de una prótesis que en rodillas (...) que presentan una grave dificultad para la necesaria luxación de la rótula durante la intervención se realice un despegamiento parcial de la inserción tibial del tendón rotuliano y, como medida de precaución, al finalizar la cirugía se coloque una grapa en la zona parcialmente despegada". En definitiva, tal como concluye el mencionado informe, "nos encontramos no ante una complicación quirúrgica, sino ante un habitual gesto técnico en las artroplastias de sustitución de rodilla", sin que frente a este sólido criterio pericial puedan prevalecer las meras afirmaciones de la interesada. No constando la lesión que se atribuye a la invocada mala praxis resulta innecesario pronunciarse sobre el quehacer médico subyacente, si bien debe reseñarse que en el informe técnico de evaluación se advierte que la rotura del tendón rotuliano representa, en caso de concretarse, la materialización de un riesgo típico de la artroplastia -por lo que no alcanza a desplazar la carga de la prueba, que pesa sobre la reclamante-, y en los distintos informes médicos incorporados al expediente no se aprecia ninguna infracción de la *lex artis ad hoc*.

En relación con la posología del anticoagulante (Enoxiparina, 60 mg/24 horas), la interesada se limita a manifestar -sin aportar tampoco soporte pericial alguno- que debió suministrársele una dosis más elevada y que su

insuficiencia está en el origen del tromboembolismo que padeció. Frente a ello, los informes traídos a las actuaciones razonan la adecuación de las dosis prescritas, subrayándose en el informe técnico de evaluación que “aunque el tratamiento con anticoagulantes se realice de forma correcta no puede asegurarse un 100% de prevención”. Igualmente, en el informe elaborado a instancias de la aseguradora se reseña que en “todos los protocolos revisados, e incluso en la documentación del propio laboratorio farmacéutico fabricante (...), queda perfectamente recogido que en la utilización profiláctica de la Enoxiparina para la enfermedad tromboembólica la dosis a utilizar en pacientes de alto riesgo es de 40 mg sc cada 24 horas”, no debiendo confundirse su uso profiláctico con su uso “terapéutico” en sustitución del anticoagulante administrado habitualmente, por lo que no cabe sostener la insuficiencia de la dosis pautada, que es “un 50% superior a lo aconsejado por la literatura, dados los factores de riesgo de la paciente”. Desechada, por falta de sustrato probatorio, la invocada mala praxis en la dosificación del fármaco, quiebra el alegado nexo causal entre el daño y el quehacer médico, si bien cabe también observar que en los dos informes técnicos aludidos se describe el trombo como un riesgo típico de la intervención, precisándose en el segundo de ellos que, “según la literatura consultada, hasta un 30% de los pacientes sometidos a una cirugía de recambio articular de rodilla con correcta profilaxis antitrombótica realizada presentan signos venográficos de trombosis venosa profunda y una incidencia demostrada de tromboembolismo pulmonar clínico cercano al 3%”.

Por lo demás, ha de advertirse que no cuestiona la reclamante la adecuación de la intervención misma a la que fue sometida, sino única y específicamente los extremos que antes se han analizado. Vagamente, apunta en su escrito inicial a una “infección de la herida quirúrgica que se trató con antibióticos por (...) su médico de Atención Primaria” -a la que ya no alude en el trámite alegaciones-, así como a ciertos retrasos en el tratamiento rehabilitador, pero de lo actuado se deduce con facilidad que la infección no fue “de prótesis” y que tales episodios carecen de entidad suficiente para haber influido en el resultado dañoso, amén de no objetivarse infracción alguna de la *lex artis*.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no resulta acreditada ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por una obligación de resultado.

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.