

Expediente Núm. 175/2014
Dictamen Núm. 186/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 31 de julio 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 1 de julio 2014 -registrada de entrada el día 9 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 13 de marzo de 2013, la interesada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Refiere que el 22 de septiembre de 2009 “fue intervenida quirúrgicamente, consistente en ATC izquierda (cotilo y vástago Furlong)”, y que en el momento de alta se le apreció dificultad para “la extensión de la pierna izquierda, secundaria a una probable parálisis yatrógena del crural, pendiente de resolución”. Señala que a partir de “ese momento se siguió un procedimiento de recuperación del cual se le dijo que duraría más de un año” y que el “4 de diciembre ya se le apreció una disimetría del miembro inferior izquierdo intervenido”, precisando que “el día 21 de enero de 2010 continuaba sin poder girar su miembro inferior izquierdo y la disimetría (...) persistía”.

Manifiesta que había formulado reclamación de responsabilidad patrimonial por los citados hechos y que el 31 de marzo de 2011 la Dirección General de Evaluación y Planificación dictó resolución por la que se inadmitía la misma, “ya que el proceso de curación aún estaba pendiente, y la propia resolución le conminaba a presentar una nueva reclamación en un momento posterior, cuando se produzca la curación o se haya determinado el alcance de las secuelas”.

Afirma que después “se decide no intervenir (...) y finalmente el día 14 de marzo de 2012 (...) ya no vuelve al Servicio de Traumatología del Hospital”, aclarando que “una vez terminado el periodo de rehabilitación y de estabilización del implante (...) presenta una disimetría en el miembro inferior izquierdo, así como imposibilidad de realizar giros en la pierna izquierda, con el consecuente impedimento para la realización de su vida cotidiana, movilidad y realizar actos básicos de la vida”. Considera que tales “padecimientos (...) vienen derivados de una defectuosa e incorrecta intervención quirúrgica, y que a pesar del tratamiento posterior no fue corregida dicha disimetría y disfuncionalidad”.

Con base en ello, solicita que se proceda al abono de la correspondiente indemnización.

2. Mediante escrito notificado a la perjudicada el 2 de abril de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica 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 la requiere para que, de conformidad con lo establecido en los artículos 6.1 del Real Decreto 429/1993 y 71.1 de la Ley 30/1992, proceda a efectuar la cuantificación económica del daño o, en su defecto, a indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla.

3. Con fecha 16 de abril de 2013, la reclamante presenta en una oficina de correos un escrito en el que valora los daños padecidos en diecinueve mil doscientos cuarenta y dos euros con veinticuatro céntimos (19.242,24 €), que desglosa en 9 días de hospitalización, 468 días no impeditivos y 5 puntos de secuelas.

4. El día 23 de septiembre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios dicta providencia por la que se incorpora a las actuaciones una copia de la historia clínica de la interesada.

5. Con esa misma fecha, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “la reclamante, diagnosticada de coxartrosis izquierda, es intervenida quirúrgicamente el 23 de septiembre de 2009 en el Hospital, (...), practicándosele una artroplastia total de cadera izquierda (ATC)”.

Como antecedentes, destaca que el 18 de noviembre de 2004 “consulta en Traumatología por dolor inguinal con irradiación muslo-rodilla, acompañado de fallos ocasionales (...), y se le diagnostica coxartrosis izquierda inicial sobre coxa valga (...). Al continuar con coxalgia importante se decide realizar una osteotomía varizante de cadera izquierda (...) el 20-12-05 y se coloca un clavo-

placa de 90°". Añade que el 6 de julio de 2007 se le practica una "nueva intervención quirúrgica para extracción del material de osteosíntesis" y que en el curso clínico persisten las molestias, por lo que en la "revisión del 12-02-2009 (...) se diagnostica displasia de cadera izquierda sobre osteotomía varizante y se programa para ATC de cadera izquierda. La paciente firma el consentimiento informado para prótesis articular de miembro inferior con fecha 5 de marzo de 2009". Manifiesta que "el día 23-09-2009 se procede a la cirugía de colocación de prótesis total de cadera izquierda (cotilo y vástago de Furlong). Dada la buena evolución es alta con fecha 2-10-2009. Durante el ingreso se apreció dificultad para la extensión de la pierna izquierda, probablemente secundaria a parálisis yatrógena del nervio crural". Reseña, asimismo, que el 12 de noviembre de 2009 es derivada por el traumatólogo al Servicio de Rehabilitación y que el médico que la atiende el 18 de ese mismo mes "decide no realizar tratamiento fisioterápico, dado que la paciente refería mejoría clínica espontánea". Subraya que en la revisión del 4 de diciembre de 2009 "se objetiva la existencia de una disimetría de 3,6 cm en MII (3,4 a expensas del fémur y 0,2 mm a expensas de la tibia). La paciente ya presentaba una disimetría en MII de 2,2 cm secundaria a la fractura de fémur producida en su infancia". Pone de relieve que tras sucesivas revisiones, en la consulta del 23 de septiembre de 2010 se le propone "una osteotomía acortamiento del fémur izquierdo para corregir la disimetría y con fecha 04-11-2010 (...) firma su inclusión en lista de espera. Mientras se encuentra en lista de espera continúa con revisiones (...) y finalmente el 14-03-2012 (...) el traumatólogo decide no operar, justificando su decisión en que la paciente no va a salir beneficiada de dicha intervención". Consta una última revisión el 5 de junio de 2013.

Afirma que una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de intervenciones es "la discrepancia de longitud de los miembros", puntualizando que es "causa (...) de insatisfacción del paciente", y destaca que la interesada firmó un documento de consentimiento informado el 5 de marzo de 2009

“donde quedan recogidos los riesgos típicos, entre ellos la lesión de nervios adyacentes y el acortamiento del miembro”.

Tras indicar que “en el posoperatorio inmediato se detectó una dificultad para la extensión de la pierna izquierda” que “no precisó tratamiento por recuperación clínica espontánea”, y que “en revisiones posteriores se observa una disimetría de 3,6 cm del MII”, aclara que “la paciente ya presentaba una disimetría de 2,2 cm fruto de una patología previa a la actual. Sobre esta situación se produce una modificación de la longitud del miembro, hecho relacionado con la cirugía y que constituye un riesgo típico, es decir, una complicación probable que fue asumida por la propia paciente al firmar el documento de (consentimiento informado) en el que expresamente se informaba de ella. La actuación de los profesionales sanitarios ha sido correcta y adaptada a la *lex artis* y la disimetría que padece (...) es fruto de la materialización de un riesgo típico que fue debidamente informado”. Concluye que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”.

6. Mediante escrito de 21 de octubre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios remite una 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.

7. Con fecha 9 de diciembre de 2013, y a instancia de la entidad aseguradora, tres especialistas -dos de ellos en Traumatología y Ortopedia y uno en Traumatología y Cirugía Ortopédica- suscriben colegiadamente un informe médico.

En él afirman que “las complicaciones descritas tras la artroplastia total de cadera realizada en (la paciente) son complicaciones posibles y contempladas en los consentimientos informados (...). Estas causas aparecen en cualquier tratado relacionado con estas patologías y con las complicaciones

secundarias a la artroplastia total de cadera./ Existen circunstancias individuales en el caso (...) que justifican las complicaciones acontecidas”, pues la paciente “presentaba antecedentes traumatológicos y quirúrgicos en su fémur izquierdo. Esto provocó dificultad técnica en la realización de la artroplastia y explica mayor probabilidad de disimetría de la extremidad y lesión nerviosa periférica secundaria”. Reseñan que aquella ya mostraba un alargamiento previo de 2,2 cm en el miembro inferior izquierdo, y que el alargamiento motivado por la artroplastia es de 1,4 cm, estando el mismo “en los límites aceptados”.

Sostienen que la propuesta que se le realizó a la paciente de acortamiento femoral se hizo “para compensar los 2,2 cm de alargamiento de la fractura de la infancia. De esta forma, sin actuar sobre la prótesis, disminuía la disimetría y podía mejorar el manejo funcional de esa extremidad (...). Teniendo en cuenta que el alargamiento de la extremidad motivado por la artroplastia fue inferior a dos centímetros, se explica que el cirujano no optara por la revisión de la prótesis para corregir la disimetría”. Precisan que finalmente se optó por un manejo conservador, que consideran correcto “siempre que el paciente tenga una tolerancia aceptable de su disimetría”.

Concluyen que “la disimetría de las extremidades es una complicación contemplada en las artroplastias de cadera, en especial el alargamiento de la pierna operada”, y que “la desigualdad previa de las extremidades por displasia” es un factor de riesgo del alargamiento, puntualizando que “estos factores de riesgo se documentan en el caso analizado (...). Las lesiones del nervio crural y ciático son complicaciones en la artroplastia de cadera y se presentan con más frecuencia cuando la pierna intervenida se alarga (...). El alargamiento de la extremidad tras la artroplastia se justifica también con errores técnicos en la cirugía y por mala posición de los implantes. No podemos dictaminar errores en este sentido. La propuesta realizada para corregir el alargamiento de la extremidad fue el acortamiento del fémur sin actuar sobre la prótesis implantada. Entendemos que este hecho justifica la correcta ejecución de la artroplastia (...). En todo momento se realizó seguimiento de la paciente,

tratamiento de las patologías diagnosticadas y se ofertaron alternativas terapéuticas a las complicaciones acontecidas”.

8. Mediante escrito notificado a la reclamante el 16 de enero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 7 de febrero de 2014, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su reclamación inicial, al entender que en el procedimiento instruido se “reconoce que el resultado de la operación no fue satisfactorio, sino que debido a un error se produjeron los resultados que constan en el mismo”, y que en “el consentimiento informado que de contrario se nos dice que firmó esta parte se detalla que se da para un acortamiento, nunca para un alargamiento, como efectivamente se produjo en el miembro intervenido”. Añade que “si en marzo de 2012 el traumatólogo ‘desaconseja’ la intervención, puesto que no mejoraría el estado de la que suscribe, ¿por qué no se siguió el mismo criterio para la anterior operación?”. Por ello, afirma que “la intervención realizada a esta parte fue incorrecta”.

9. El día 13 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

10. Con fecha 11 de marzo de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario solicita informe al Servicio de Traumatología del Hospital sobre el contenido concreto de la reclamación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del Real Decreto 429/1993.

11. El día 27 de marzo de 2014, el Gerente del Área Sanitaria VIII remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios el informe

elaborado por el Servicio de Traumatología del Hospital En él se señala que la paciente fue vista en consultas externas de Traumatología "el día 18-11-2004 por dolor inguinal izquierdo con irradiación por el muslo hasta la rodilla. Fallos ocasionales". Como antecedentes, consigna una "fractura de fémur a los 5 años".

Relata que "fue diagnosticada de coxartrosis por cadera displásica, y se le recomendó un alza por disimetría de EE.II./ El 20-12-2005 es intervenida quirúrgicamente de cadera izquierda, practicándole una osteotomía varizante y osteosíntesis con clavo placa de 90º./ El 6-7-2007 se procede a extracción de la placa y tornillos de cadera./ El 23-09-2009 se le realiza artroplastia total de cadera izquierda./ En el posoperatorio inmediato se le presenta una parálisis del n. crural que le impide la extensión de la pierna, posiblemente al recuperar la longitud de la extremidad previa a la artrotomía./ La lesión nerviosa fue mejorando con el transcurso de los meses./ Se planteó la posibilidad de efectuar un acortamiento, pero, dado que la evolución parece favorable, se decide no realizar dicho tratamiento./ Seguimos revisándola en c. externas".

12. A la vista de la nueva documentación incorporada al expediente, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario concede a la interesada, mediante escrito que se le notifica el 21 de abril de 2014, un segundo trámite de audiencia.

13. Con fecha 2 de junio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la compañía aseguradora que ha transcurrido el plazo concedido sin que se hayan formulado alegaciones.

14. El día 17 de junio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que "en el caso que nos ocupa ha quedado acreditado que la actuación de los profesionales del servicio público de salud

que intervinieron en la asistencia de la reclamante fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*./ Es evidente que en este supuesto, de forma secundaria a la cirugía, se han producido dos complicaciones: el alargamiento del miembro inferior izquierdo y la lesión del nervio crural. Respecto a la primera de ellas, se trata de una complicación frecuente de la artroplastia de cadera, agudizada en este caso por la existencia de una disimetría previa fruto de una fractura femoral en la infancia, lo que generó un alargamiento de 3,6 cm que cursa con sintomatología y alteraciones en la dinámica de la extremidad. Aunque el alargamiento de la extremidad se pueda deber en ocasiones a errores técnicos de la cirugía o a la mala posición de los implantes, no han sido estas las causas en el presente supuesto, como prueba la propuesta de corrección de la disimetría mediante un acortamiento del fémur sin actuar sobre la prótesis implantada, que finalmente no se llevó a cabo por la favorable evolución de la paciente. Con respecto a las lesiones del crural, se puede afirmar que son una complicación de la cirugía de cadera, que se presentan con más frecuencia cuando la extremidad operada se alarga y que afortunadamente en este caso mejoró de forma evidente y ostensible. En definitiva, las complicaciones aparecidas constituyen la materialización de sendos riesgos típicos de la cirugía, descritos en la literatura científica y recogidos en el documento de consentimiento informado que la reclamante firmó antes de operarse”.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de julio de 2014, 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 13 de marzo de 2013, habiendo tenido lugar la intervención quirúrgica de artroplastia total de cadera izquierda de la que traen causa los daños alegados el 23 de septiembre de 2009. No obstante, consta en el expediente que con

posterioridad se realizaron numerosas actuaciones médicas de revisión, valoración y rehabilitación hasta el 14 de marzo de 2012, fecha en la que el traumatólogo decide no realizar la osteotomía de acortamiento de fémur izquierdo inicialmente propuesta como medida correctora, justificando su decisión en que la paciente no va a salir beneficiada de la misma. De lo expuesto resulta que con anterioridad a la comunicación de esta circunstancia no cabe inferir que la afectada tuviera conocimiento de la extensión de las complicaciones derivadas de la operación, por lo que debemos concluir que la reclamación 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.- La interesada reclama una indemnización por los daños y perjuicios derivados de una intervención quirúrgica de artroplastia total de cadera, consistentes en una disimetría en el miembro inferior izquierdo y en la imposibilidad de realizar giros con esa pierna. A este Consejo no le ofrece ninguna duda la realidad de los daños sufridos, que han quedado acreditados con los informes médicos obrantes en el expediente. Resulta probada por tanto la efectividad del daño alegado en los términos que aquella plantea, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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 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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, la interesada no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que analizamos aquella no ejercita el derecho que la ley le confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá

de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto que nos ocupa, nos encontramos con que el informe técnico de evaluación y el informe médico-pericial incorporado al expediente a instancias de la entidad aseguradora de la Administración resultan coincidentes en considerar adecuada a la *lex artis* la actuación realizada por el servicio público de salud. De los hechos relatados se desprende que la reclamante, diagnosticada de coxartrosis izquierda, fue intervenida quirúrgicamente el 23 de septiembre de 2009 en el Hospital, donde se le practicó una artroplastia total de cadera izquierda (ATC). Como consecuencia de la operación sufrió dificultad para la extensión de la pierna izquierda, secundaria a parálisis yatrógena del nervio crural, siendo derivada al Servicio de Rehabilitación, que decidió no realizar tratamiento fisioterápico debido a una mejoría clínica espontánea. En la revisión efectuada el 4 de diciembre de 2009 se objetiva una disimetría de 3,6 cm en la pierna izquierda; sin embargo, la paciente ya presentaba una disimetría de 2,2 cm como consecuencia de una fractura de fémur producida en su infancia, por lo que la disimetría resultante de la intervención quirúrgica fue de 1,4 cm, estando este alargamiento -a tenor de ambos informes técnicos- dentro de los límites aceptados. Las dos complicaciones que surgieron se describen como posibles para tal tipo de intervención y, según el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora, "aparecen en cualquier tratado relacionado con estas patologías y con las complicaciones secundarias a la artroplastia total de cadera", añadiendo que la paciente tenía unas circunstancias individuales que justificaban su aparición, pues "presentaba antecedentes traumatológicos y quirúrgicos en su fémur izquierdo" y que "esto provocó dificultad técnica en la realización de la artroplastia y explica mayor probabilidad de disimetría de la extremidad y lesión nerviosa periférica secundaria".

En cuanto a la propuesta de acortamiento femoral que se le formuló, en el informe emitido por los especialistas se aclara que se realizó "para

compensar los 2,2 cm de alargamiento de la fractura de la infancia. De esta forma, sin actuar sobre la prótesis, disminuía la disimetría y podía mejorar el manejo funcional de esa extremidad (...). Teniendo en cuenta que el alargamiento de la extremidad motivado por la artroplastia fue inferior a dos centímetros, se explica que el cirujano no optara por la revisión de la prótesis para corregir la disimetría”, entendiéndose que “este hecho justifica la correcta ejecución de la artroplastia”, a pesar de que el acortamiento femoral no llegara finalmente a realizarse por estimar que no la beneficiaría. Concluye el referido informe que “la disimetría de las extremidades es una complicación contemplada en las artroplastias de cadera, en especial el alargamiento de la pierna operada”, y que “la desigualdad previa de las extremidades por displasia” es un factor de riesgo del alargamiento. Asimismo, precisan que “las lesiones del nervio crural y ciático son complicaciones en la artroplastia de cadera y se presentan con más frecuencia cuando la pierna intervenida se alarga”, poniendo de relieve que en este caso existía además como factor de riesgo la disimetría previa. Afirman los especialistas que “el alargamiento de la extremidad tras la artroplastia se justifica también con errores técnicos en la cirugía y por mala posición de los implantes”, pero que en este caso no es posible “dictaminar errores en este sentido”; por tanto, la actuación de los facultativos en relación a la intervención quirúrgica y al posterior seguimiento se ha adecuado a la *lex artis*.

Ahora bien, en el trámite de audiencia la perjudicada manifiesta que en “el consentimiento informado que de contrario se nos dice que firmó esta parte se detalla que se da para un acortamiento, nunca para un alargamiento, como efectivamente se produjo en el miembro intervenido”. Sobre este aspecto, la propuesta de resolución se limita a señalar que “las complicaciones aparecidas constituyen (...) riesgos típicos (...) recogidos en el documento de consentimiento informado que la reclamante firmó antes de operarse”. Consta incorporado al expediente el documento de consentimiento informado para prótesis articular del miembro inferior, firmado por la paciente el 5 de marzo de

2009. En él, efectivamente, se recoge el riesgo de “lesión de los nervios adyacentes”, pero -tal y como apunta la reclamante- no se hace ninguna referencia al posible alargamiento del miembro; consignándose, en cambio, como tales el acortamiento del miembro y el de cojera.

Según el informe técnico de evaluación, la complicación relativa al alargamiento del miembro “fue asumida por la propia paciente al firmar el documento de (consentimiento informado) en el que expresamente se informaba de ella”, y esta afirmación se realiza después de manifestar que la reclamante firmó un documento de consentimiento informado para prótesis articular del miembro inferior “donde quedan recogidos los riesgos típicos, entre ellos la lesión de nervios adyacentes y el acortamiento del miembro”. Es decir, a pesar de ser consciente de que el citado documento no recoge expresamente el concepto de “alargamiento”, otorga validez al mismo, lo que hace suponer que lo considera implícito en la relación general de riesgos que en él se contiene. Ciertamente, el término “alargamiento” no figura en el documento de consentimiento informado, pero sí aparece en él el concepto de “cojera”, en el que puede entenderse incluido aquel, pues esta puede venir provocada por una disimetría de los miembros inferiores; es decir, por una diferencia o discrepancia en la longitud de dichas extremidades, bien por exceso (hipermetría) o por defecto (hipometría). En este sentido, es claro que la advertencia de la posibilidad de una cojera genérica contempla la de un eventual alargamiento del miembro.

Por ello, este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario a la que pudiera ser imputable el daño alegado.

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.