

Expediente Núm. 342/2017  
Dictamen Núm. 24/2018

**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 8 de febrero de 2018, 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 15 de diciembre de 2017 -registrada de entrada el día 20 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos tras una artroplastia de cadera.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 30 de marzo de 2017, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de una intervención quirúrgica.

Expone que el día 29 de julio de 2015 “fue intervenida por el Servicio de Traumatología del Hospital ‘X’”, realizándosele “una artroplastia total de cadera izquierda tipo Dufoit” cuyo posoperatorio “se desarrolló sin complicaciones y fue dada de alta en fecha 03-08-2015. Recomendándosele una serie de cuidados que fueron observados por la paciente

escrupulosamente./ Al poco tiempo empieza a sentir molestias al caminar, y en fecha 31-08-2015 es revisada en (...) Traumatología en el Hospital `X`, donde se aprecia una disimetría de 1 cm en el MII, motivo por el cual se le origina una contractura de la cadera izda. y se le indica la colocación de alza de 1 cm en el miembro derecho para equilibrar, así como valorar tratamiento rehabilitador”, que inicia el 12 de noviembre de 2015 “sin ninguna mejoría clínica”, siendo alta el día 22 de enero de 2016.

Manifiesta que en una nueva revisión llevada a cabo en el mes de abril de ese año “refiere parestesias y dolor en región lateral y anterior del muslo izdo., por lo que se le solicita” electromiografía que se realiza el 1 de junio de 2016. En ella se establece la “conclusión diagnóstica” de que “es razonable pensar como primera opción diagnóstica una afectación periférica posganglional de carácter crónico estable y residual a nivel lumbosacro izdo., posiblemente por elongación del plexo”. Añade que desde el mes de septiembre de ese año acude a la Unidad del Dolor, y que tuvo que recibir tratamiento en Salud Mental por “un cuadro ansioso depresivo de meses de evolución”.

Señala que en una valoración posterior llevada a cabo por el Servicio de Neurología del Hospital “Y” el 21 de enero de 2017, y tras la realización de un estudio de potenciales evocados, se llega a la conclusión diagnóstica de “disminución amplitud de todos los troncos nerviosos explorados en MII, tanto nerviosos como sensitivos”, por lo que sigue “manteniéndose la opinión de una posible elongación del plexo durante la intervención quirúrgica, y con un diagnóstico principal de plexopatía lumbosacra secundaria a cirugía por colocación de prótesis de cadera”.

Subraya que en ese momento se le explica que “después de 18 meses de la lesión son muy escasas las posibilidades de recuperación y que el tratamiento actual debe ser sintomático, para lo cual se le da una serie de medicaciones”, y reseña que “con fecha 14-02-2017 (...) es valorada por parte de la Unidad del Dolor” del Hospital “Y”, donde tras un repaso a todo el curso clínico se llega a la misma impresión diagnóstica, haciendo suyas las conclusiones del Servicio de Neurología”, por lo que se plantea la realización de infiltraciones.

Indica que “se aprecia una deambulaci3n con una cojera importante a expensas de su MII con una simetría (*sic*) de 1,5 con respecto a la contralateral por alargamiento de la misma, refiriendo la presencia de un acartonamiento o disminuci3n de la sensibilidad, sobre todo en el borde posterior e interior desde la regi3n glútea hasta su pie izdo., presencia de hormigueo constante, imposibilidad para mantenerse en bipedestaci3n sobre dicha pierna con p3rdida de fuerza acusada y de masa muscular”, precisando que “presenta limitaciones para conducir, así como para caminar largas distancias y en general para casi todas las actividades de la vida diaria”.

Manifiesta que “como consecuencia de la intervenci3n quirúrgica llevada a cabo por el S. de Traumatología del Hospital “X” para implantarle una prótesis de cadera izda. presenta una sintomatología clínica neurológica a nivel de su MII (...). Una plexopatía lumbosacra por elongaci3n que afecta a su MII, que cursa con una debilidad de predominio musculatura extensora (...) con p3rdida de sensibilidad a lo largo de todo su MII, hormigueo, fallos constantes y claudicaci3n a la deambulaci3n. Así como un cuadro ansioso depresivo y limitaciones importantes en el desarrollo de la vida diaria”.

Solicita una indemnizaci3n con arreglo al baremo establecido “por el Real Decreto 8/2004” cuya cuantía total asciende a ciento cuarenta mil doscientos veintiocho euros con treinta y cinco céntimos (140.228,35 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 39 puntos de “secuelas anatómo-funcionales”, consistentes en “síndrome ansioso depresivo” y “plexopatía lumbosacra con afectaciones de raíces sensitivas y motoras de L1 hasta plexo sacro encuadrables en síndrome de cola de caballo”); 308 días impeditivos invertidos en la curaci3n, a los que aplica los “factores correctores tabla IV invalidez permanente parcial”; un 10 % de factor de correcci3n por ingresos anuales, y los daños morales “derivados del tiempo transcurrido desde que presentó las primeras molestias y los dolores y limitaciones que ha de tener para toda su vida”.

Adjunta el informe elaborado por un especialista en Valoraci3n del Daño Corporal e Incapacidades Laborales el 20 de marzo de 2017 en el que, además de establecerse las secuelas y el periodo impeditivo, se recoge que “la paciente

ha firmado el consentimiento informado con fecha 5-5-15” en el que “se explica que toda (intervención quirúrgica) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias entre las que se encuentran lesiones de los nervios adyacentes./ En el caso que nos ocupa no estamos hablando de lesiones de nervios adyacentes, sino (...) de una elongación del plexo lumbosacro la cual origina una plexopatía y que ha venido determinada por una excesiva, según nuestro criterio, tracción de MII en alguno de los pasos de la (intervención) realizada; por tanto, entendemos que esta situación clínica debe ser valorada no como una complicación habitual o normal”.

**2.** Mediante oficio de 7 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** El día 2 de mayo de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente obrante en el Hospital “Y” en formato electrónico.

El 10 de ese mismo mes le envía el informe elaborado por el Servicio de Traumatología con fecha 8 de mayo de 2017 -denominado “informe clínico de consulta externa”- en el que se refleja el curso clínico, las pruebas realizadas y el diagnóstico (“plexopatía lumbo-sacra secundaria a cirugía para colocación de prótesis de cadera”), expresándose finalmente que “el informe a la reclamación deberá ser contestado por el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital “X””.

**4.** Mediante escrito de 11 de mayo de 2017, el Responsable del Servicio de Atención al Usuario del Hospital “X” traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente

obstante en ese centro, así como un CD con radiografías y el informe emitido ese mismo día por un facultativo del Servicio de Traumatología.

En el informe, tras resumir la atención prestada a la enferma, se indica que presentaba “una disimetría previa por epifisiolisis de la cadera izquierda que se compensa con la intervención, cursando con una báscula pélvica hacia la izquierda que funcionalmente se comporta como una disimetría con alargamiento del miembro inferior izquierdo que mejora parcialmente con la rehabilitación (...). Posteriormente cursa con dolor de tipo ciático, apreciándose en la electromiografía una denervación de origen posganglionar a nivel lumbosacro izquierdo que pudiera deberse a una elongación del plexo lumbosacro con las maniobras de reducción y luxación, aunque este tipo de sintomatología lo refiere la paciente meses después de la intervención; por tanto, puede no estar relacionado” con la misma.

**5.** El día 30 de agosto de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, cuatro especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología suscriben colegiadamente un informe en el que formulan diversas consideraciones médicas sobre la artroplastia total de cadera, entre cuyas complicaciones reseñan “la desigualdad en la longitud de los miembros”. Afirman al respecto que “la realidad es que la presencia de una discreta disimetría (en general, alargamiento del miembro operado) es muy habitual. Para tratar de evitarla es fundamental una correcta planificación preoperatoria, pero aun así debe explicarse al paciente la posibilidad de que haya una diferencia de longitud entre las piernas. A pesar de la importancia que los pacientes suelen dar a este hecho, una artroplastia correctamente realizada con una disimetría final menor de 2 cm no suele llevar aparejada ninguna alteración clínica de importancia, y las posibles molestias desaparecerán con el tiempo”.

Exponen que “la incidencia de lesión, clínicamente detectable, del nervio ciático es de entre el 0,7 y el 2,2 %”, si bien “la incidencia de lesión diagnosticable por estudios electrofisiológicos es significativamente mayor y está en relación con la curva de aprendizaje (hasta un 70 %)”. Describen la localización del “nervio ciático común o mayor” y la califican como “una zona de

riesgo de lesión por la colocación de retractores, sobre todo en los abordajes posteriores de cadera” (según dibujos que figuran en el informe). Precisan que “la parte correspondiente al ciático poplíteo externo (parte peronea) es la más frecuentemente afectada por varios factores: la proximidad de esta a los separadores y por el hecho de que las fibras que forman el ciático poplíteo externo se encuentran fijas entre la escotadura ciática y el cuello del peroné, lo que sitúa de forma selectiva a estas fibras en riesgo de estiramiento”. Reseñan también determinados factores que aumentan el riesgo de sufrir una lesión en dicho nervio, citando como tales, en los “procedimientos primarios (...), la displasia del desarrollo de la cadera (...), la cirugía de revisión” y la “estenosis de canal lumbar previa”.

En cuanto a la etiología, manifiestan que “la causa de la lesión no es conocida en el 50 % de los casos, aproximadamente”, y que “la (...) más frecuentemente aceptada en la etiología de la lesión del nervio ciático es el alargamiento del miembro tras la artroplastia. Se acepta que el máximo alargamiento que puede tolerar el nervio ciático es aproximadamente el 6 % de su longitud (aprox. 4 cm)”. Como “otra causa probable” reseñan “el traumatismo directo (...), aunque es rara la laceración del nervio. Es tanto más probable en las caderas difíciles y con poca movilidad por excesiva fibrosis, en las que se produce una excesiva compresión producida por los separadores. El traumatismo también puede ser producido por la contusión de la cabeza femoral en el momento de una luxación o en el procedimiento de reanclaje de una osteotomía trocantérea./ Las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar una lesión del nervio ciático, aunque la causa no es bien conocida”.

Por lo que se refiere a la paciente, explican que “en las radiografías que obran en el expediente se aprecia una PTC bien anclada con un alargamiento menor de 1 cm y una báscula pélvica hacia el lado izquierdo, lo que condiciona que el alargamiento aparente, no real, sea mayor de 2 cm. La cadera izquierda está en separación, lo que contribuye a que la paciente note mayor alargamiento del real (...). Según el estudio electromiográfico, la paciente presenta una lesión del plexo-lumbosacro, posiblemente por elongación. No hace mención sobre la intensidad de la misma./ Las lesiones neurológicas más

frecuentes tras una artroplastia total de cadera son la lesión del nervio ciático y (...) la lesión del nervio femoral./ Nos parece difícil que se lesione el plexo lumbosacro. En primer lugar porque no está en la proximidad de la vía de abordaje, en este caso un abordaje lateral, por lo que la lesión directa es imposible. Y, en segundo lugar, porque las maniobras de tracción al implantar una PTC no son de una magnitud tal que se pueda lesionar la totalidad del plexo lumbar y el plexo sacro. No hemos encontrado bibliografía sobre esta lesión./ En este caso concreto el alargamiento podría ser responsable de la lesión, pero no creemos que una intervención quirúrgica ulterior pueda mejorar la sintomatología./ Por otra parte, no queda clara cuál es la intensidad de (la lesión según la EMG aportada. La paciente tiene un déficit sensitivo caracterizado por parestesias y un déficit motor calificado como `debilidad`, sobre todo para la extensión de cadera y de rodilla./ Desde el punto de vista de la valoración del daño, no creemos que pueda asemejarse a una lesión de la cola de caballo, pues esta incluye importantes déficits, como incontinencia vesical e intestinal permanentes". Asimismo, y en relación con la "inexistencia previa de patología psiquiátrica", advierten que "en la historia clínica existen documentos en los que se refiere el antecedente de ansiedad/neurosis en el año 2008 y 2009 (folio 57 y 232)".

Concluyen que "la discrepancia entre la longitud de los miembros tras una artroplastia total de cadera es una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de intervenciones. Puede producir molestias peri-articulares que generalmente responden a tratamiento conservador (...). Tras la intervención ha presentado una lesión del plexo lumbosacro, posiblemente por elongación. Se trata de una complicación de la cirugía (...). Consta en la historia clínica un consentimiento informado específico para esta intervención en el que se concretan las complicaciones acaecidas", sin que se evidencie mala praxis.

**6.** Mediante escrito notificado a la reclamante el 28 de octubre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios 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.

No consta en el expediente que se hayan presentado alegaciones.

**7.** El día 24 de octubre de 2017, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial por silencio administrativo.

Consta en el expediente que se da cumplimiento a lo solicitado el 2 de noviembre de 2017.

**8.** Con fecha 4 de diciembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas emite propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “en el presente caso la asistencia prestada a la paciente fue acorde a la *lex artis*. La plexopatía (posiblemente por elongación) y la disimetría constituyen la materialización de riesgos típicos descritos en el documento de consentimiento informado. La paciente presentaba una disimetría desde la infancia por displasia de cadera (acortamiento de -2 cm). Disimetría final +1 cm (+ cm con la -intervención quirúrgica-). Una disimetría (de) tres cm es adecuada. No había alternativa terapéutica”.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de diciembre de 2017, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 el 30 de marzo de 2017, y a efectos de fijar la fecha en la que se establece el alcance de las secuelas debemos tomar como referencia el mes de septiembre de 2016, momento en el que se obtienen los resultados de la electromiografía que informa de “cambios crónicos con signos de reinervación (...) por posible afectación posganglionar a nivel lumbosacro izquierdo”, considerándose “secundario a posible elongación del

plexo lumbosacro”, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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.

Ahora bien, advertimos un error en esta última, pues su antecedente de hecho tercero se refiere a un expediente de responsabilidad patrimonial distinto, lo que deberá tenerse en cuenta al emitir la resolución que ponga fin al procedimiento a fin de evitar incluir esa transcripción en la misma.

Igualmente, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 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.-** Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial instada en relación con los daños que sufre una paciente tras una artroplastia de cadera.

En cuanto a la identificación de los daños, hemos de precisar que, si bien en su relato la interesada también se refiere a la disimetría resultante de la intervención, el único daño que imputa a la actuación sanitaria es la lesión del plexo lumbosacro. De acuerdo con la documentación incorporada al expediente, no ofrece duda la producción de una plexopatía lumbosacra diagnosticada tras la operación, por lo que resulta acreditado el daño alegado en cuanto a tal patología. Respecto a su exacta valoración, así como sobre el resto de daños invocados (síndrome ansioso depresivo asociado y daño moral diferenciado del mismo), nos pronunciaremos en caso de ser estimatorio el sentido de nuestro dictamen.

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.

Del relato de hechos que efectúa la reclamante se desprende que tras la intervención llevada a cabo el día 3 de agosto de 2015 se evidenció -ese mismo mes- una disimetría entre ambos miembros inferiores. Meses después inició sintomatología (debilidad, dolor, alteraciones sensitivas) que, tras la realización de diversas pruebas, determinó el diagnóstico de "plexopatía lumbo-sacra secundaria a cirugía para colocación de prótesis de cadera" -informe del Servicio de Traumatología del Hospital "Y" de 13 de octubre de 2016 (folio 25)-.

Pese a que en el informe emitido por el Servicio de Traumatología se indica que, dado que "este tipo de sintomatología lo refiere la paciente meses después de la intervención (...), puede no estar relacionado" con la misma, la Administración instructora reconoce la relación entre la artroplastia y la lesión del plexo sacro. No obstante aduce que, al igual que la disimetría, constituye una complicación propia de la cirugía practicada, y como tal se contempla en el documento de consentimiento informado suscrito por la paciente antes de la operación. Sin embargo, el perito que informa a instancia de parte considera que el daño producido no es asimilable a la "lesión de nervios adyacentes" que figura en dicho documento, pues la "elongación del plexo lumbosacro" provocada constituye -a su juicio- un supuesto diferenciado, y lo atribuye a una

excesiva "tracción de MII en alguno de los pasos de la (intervención quirúrgica) realizada".

Frente a tal criterio, resulta que el informe incorporado al expediente por la Administración está suscrito por cuatro especialistas en Traumatología; especialización de la que no goza el perito, lo que, como hemos afirmado reiteradamente, implica su superior fuerza probatoria. Estos últimos sí consideran la elongación como una lesión (afirmación que no parece admita mayor discusión), y razonan de forma justificada su origen más probable: el alargamiento del miembro tras la artroplastia, que constituye a su vez otra de las posibles complicaciones de la cirugía, también contempladas en el documento de consentimiento informado. Explican, además, por qué cabe descartar una lesión directa (que califican como "imposible" por la vía de abordaje), y que la intensidad de las maniobras requeridas para la implantación de la prótesis resulta insuficiente, en términos de probabilidad, para ocasionar una lesión total (aunque también destacan que, precisamente, la intensidad de la lesión no está clara, si bien rechazan su equiparación con la lesión "de cola de caballo"). Al respecto, observamos que la hoja de intervención quirúrgica refleja que esta transcurrió sin incidencias, por lo que ningún dato sustenta la manifestación del perito de parte al estimar como única causa posible del daño una "excesiva" tracción.

En definitiva, la lesión constituye la materialización de uno de los riesgos típicos contemplados en el documento de consentimiento informado "para prótesis articular del miembro inferior", en el que se incluye tanto la lesión de nervios adyacentes como la dismetría (a la que se entiende referida la complicación definida como "cojera y acortamiento del miembro") de la que, según lo expuesto, deriva la secuela. Su producción no evidencia *per se* una mala praxis quirúrgica, sin que exista ningún signo de que la actuación de los profesionales actuantes fuera contraria a la *lex artis ad hoc*; por el contrario, de los datos obrantes en el expediente se deduce que la intervención quirúrgica (cuya indicación no se cuestiona) se desarrolló sin complicaciones. El daño alegado no guarda relación, por tanto, con una mala práctica quirúrgica, sino que se trata de un efecto indeseable, aunque típicamente derivado de la cirugía

a la que fue sometida, y que al estar recogido en el documento de consentimiento informado suscrito por ella no resulta antijurídico, por lo que no se puede imputar al funcionamiento del servicio público sanitario la responsabilidad solicitada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de ese dictamen, 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.