

Expediente Núm. 211/2007  
Dictamen Núm. 291/2009

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

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

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de julio de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de octubre de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., como consecuencia de lo que consideran una inadecuada asistencia recibida en diversos centros sanitarios públicos.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de abril de 2006, los perjudicados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia médica prestada a quien suscribe en primer término el escrito de reclamación en dos centros de la red pública sanitaria.

Inician su escrito relatando que “el día 25 de octubre de 2004” el paciente acude a su centro de Atención Primaria, “a causa de dolor en miembro

inferior izquierdo, agudo, con frialdad y claudicación, también sensación de no sentir bien”, y que el facultativo que le atiende consigna en el parte de asistencia que “le palpa mal los pulsos, miembro frío y dolor generalizado”, estableciendo el diagnóstico de “`TVP?´, es decir, trombosis venosa profunda”.

Manifiestan que “el día 27 de octubre de 2004 (...) fue atendido de urgencia en su domicilio” por dolor en la pierna, reflejando en el parte el médico que le atiende, como resultado de la exploración, “frialdad en la pierna afecta aunque laten pulsos”, y como impresión diagnóstica “`flebitis???”. Puntualizan los reclamantes, respecto al contenido de aquel parte que “no coincide con lo que verbalmente el médico manifestó a la esposa del enfermo en su domicilio y esto fue: que se trataba de un trombo sin duda y que de no acudir con la mayor celeridad al hospital (...) existía peligro de desplazamiento”. Señalan que, remitido a Urgencias del hospital, “para `pruebas complementarias´ (...), la impresión diagnóstica fue: 1) Masa hueco poplíteo probable hematoma antiguo. 2) Flebitis. 3) Contractura tibial anterior. El tratamiento `seguir con antiinflamatorio. Control evolutivo y de tto. por su médico de cabecera´”.

Según refieren los reclamantes, el día 31 de octubre de 2004 el paciente acude de nuevo a su centro de Atención Primaria por dolor en la misma pierna. La exploración realizada concluye, según indican, “importantes varices en parte interna de la rodilla, eritema, dolor a la palpación en parte antero-externa de pierna. Homans neg. Pulso pedio débil. Frialdad de dedos”, con impresión diagnóstica de “¿flebitis?”. Al día siguiente, acude al mismo centro por “dolor, ahora en el dorso del pie izquierdo”. El facultativo aprecia “dolor a la palpación a nivel de los metatarsianos y frialdad a nivel de los dedos” y pauta tratamiento con indicación de “revisión en 24 horas, valorar solicitar cita a Cirugía Vasculuar”. En la citada revisión se observa que “continúa la frialdad en los dedos” y “el dolor a la palpación en la cabeza de los metatarsianos. El tratamiento sigue siendo el mismo. Int. Cirugía Vasculuar y Angiología”. Exponen los perjudicados que el día 3 de noviembre de 2004 el paciente acude nuevamente al centro de salud por “dolor insoportable” y que, remitido a Urgencias del hospital, recibe el

diagnóstico de "tendinitis planta de pie izquierdo". Tres días después, el 6 de noviembre de 2004, "es visitado en su domicilio" por "dolor fuerte en antepié izquierdo" y, en esta ocasión, la exploración "concluye varices importantes, antepié frío, cianótico, doloroso a la palpación (...). No ausculta pedios, relleno capilar enlentecido", por lo que es derivado "a Urgencias ante la sospecha de isquemia aguda". Relatan que, atendido inicialmente en el hospital al que ya había sido remitido en anteriores ocasiones, el paciente "es posteriormente derivado", según señalan, "ante la insistencia familiar", a otro hospital en el que permanecerá ingresado "desde el (...) día 6-11-2004 hasta el día 18-11-2004". En el informe de alta del Servicio de Cirugía Vasculardel este último centro hospitalario se refleja, según exponen los reclamantes, que "se trata (...) de un paciente con historia de claudicación previa, acude por un cuadro de comienzo brusco y evolución subaguda, motivo por el cual se realiza arteriografía (...) el paciente es intervenido quirúrgicamente, realizándose un by pass fémoro poplíteo tercera porción en MII y observando un aneurisma poplíteo trombosado", consignando como diagnóstico principal "isquemia crónica grado III MII".

Refieren, a continuación, diversos ingresos en el Servicio de Cirugía Vasculardel centro hospitalario en el que se le realizó el by pass: en el primero de ellos, desde el día 27 de marzo de 2005 hasta el día 3 de mayo de 2005, por "trombosis subaguda de by-pass fémoro poplíteo previo en m. inferior izdo."; se le realiza "fibrinolisis intraarterial (...) consiguiendo desobstruir el by pass", objetivándose a los cinco días nueva obstrucción que es tratada mediante fibrinolisis y, a los cuatro días, "retrombosis del by-pass y (...) necrosis en 4º y 5º dedo de pie izdo.", por lo que "con fecha 15 del 04 del 05" se realiza "by-pass desde femoral común a peronea proximal" y "el día 20 del 04 del 05 una amputación transfalángica proximal del 4º y 5º dedos del pie izdo." El día 11 de noviembre de 2005 ingresa nuevamente por "isquemia crónica grado III MIII por probable trombosis de by pass", recibiendo el alta "con tratamiento médico", ante su evolución favorable, el día 23 del mismo mes. El tercer periodo de ingreso se extiende, según relatan, desde el 2 hasta el 13 de

diciembre de 2005, con diagnóstico de "isquemia crónica grado III en MII por trombosis ya conocida de by pass fémoro peroneo" que es tratada mediante procedimientos "hemorreológicos endovenosos". El 21 de febrero de 2006 ingresa de nuevo "al objeto de practicarle una `amputación supracondílea´", recibiendo el alta hospitalaria el día 7 de marzo de 2006. Añaden que "en la actualidad el paciente acude a diario al Servicio de Rehabilitación" del mismo hospital y "con el transcurso del tiempo el proyecto es colocarle una prótesis sustitutiva del miembro amputado".

Estiman haber descrito "la historia clínica conforme a la documentación que se ha podido recopilar de los diversos centros", respecto de la cual afirman que, "sin embargo, no es completa. El curso descriptivo facilitado por el centro de salud (...) comienza el día 31 de octubre de 2004, cuando la documentación aportada se remonta al día 25 inmediatamente anterior, es más, el día 3 de noviembre de 2004 el paciente ingresa por Urgencias en el hospital (...) porque lo deriva un facultativo del centro de salud, sin que tal circunstancia conste. Pero es que desde el día 26 de octubre hasta el día 6 de noviembre el paciente fue atendido ante la persistencia del dolor por los médicos de Atención Primaria prácticamente a diario y algunos días hasta en más de una ocasión, sin embargo en el centro de salud no quedó constancia. La explicación de la Coordinadora Médica, ante la queja del paciente de que el historial estaba incompleto, fue que: `si algo falta es porque los facultativos que lo asistieron en ese momento no hicieron las anotaciones pertinentes´. Siendo que la familia del paciente todas las veces que fue asistido previamente llamó o bien al 112 o bien al número de teléfono del (centro de salud)" interesa "se facilite el número de llamadas y fechas de las mismas realizadas en el indicado periodo desde el teléfono particular a los indicados públicos teniendo por objeto la atención (del paciente), porque las mismas acreditarán lo que la carencia de informes oculta".

En cuanto al daño sufrido, ponen de relieve, en primer lugar, "la pérdida del miembro inferior izquierdo" y, asimismo, "la incapacitación para sus ocupaciones habituales y la repercusión funcional en la vida personal" derivada

de la enfermedad. Sobre el particular, concretan que “su dependencia ha sido total (...) durante todo este tiempo para consultas, traslados, medicación, cuidados (...). Además en su caso concreto ha sido, es y será imprescindible suplir la imposibilidad del compareciente para realizar determinadas actividades que hasta el momento (...) venía desarrollando”, pues tiene un hijo discapacitado que precisa “la ayuda de sus padres para todas las actividades cotidianas de la vida diaria (...), a lo que (...) hay que añadir que su esposa tiene un grado de minusvalía reconocido del 73%”.

Consideran los reclamantes que “existe una relación causa-efecto entre la asistencia sanitaria prestada y el resultado finalmente producido”. Estiman que durante “trece días desde que (...) fue atendido por primera vez, en la noche del día 25 de octubre (...) hasta el día 6 de noviembre”, en que fue remitido al último hospital, “el paciente con su familia pasó por un auténtico calvario entre su domicilio, el centro de salud, el hospital (...), domicilio, centro de salud y vuelta a empezar. Así durante cerca de dos semanas, en que era notorio para cualquier observador ajeno no ya la respuesta negativa al tratamiento sino el agravamiento de la situación”. Entienden que el día 6 de noviembre de 2004, cuando ingresa en el hospital en el que fue atendido en segundo lugar, no presentaba “nada nuevo respecto de lo que reiteradamente venía siendo una constante en la situación del paciente desde casi dos semanas atrás”, considerando que “desde el inicio los signos eran lo suficientemente graves, inequívocos y persistentes, con una aparición brusca como para haber motivado, dado que el hospital (que le atendió en primer lugar) carecía del servicio especializado exigido por la naturaleza de la dolencia, el Vascular, la derivación inmediata” al hospital que le atendió en segundo lugar. Significan que, al contrario, “en los casi primeros quince días de aparición de la enfermedad (...) no lo examinó ni un solo especialista vascular. Ello a pesar de que en fecha 1-11-2004 en el curso descriptivo facilitado por el (centro de salud) consta: `valorar solicitar cta. a Cirugía Vascular´”. Asimismo ponen de manifiesto que “se trataba de un ex fumador, hipertenso y con varices, lo que incrementaba el riesgo y justificaría aún en mayor grado la remisión inmediata

a dicho Servicio. Pero no se hizo (...). Sólo se le envía (...) cuando su esposa, una vez conoció que el hospital (en el que fue atendido inicialmente) no tenía Servicio de Cirugía Vascular, lo exige. Cuando llega a este Servicio las condiciones determinan la realización de un by-pass y en adelante, sin solución de continuidad (...), todo ha sido un episodio tras otro de trombosis, colocación de by-pass, amputación de dedos -los mismos dedos doloridos y fríos del principio- para culminar en el episodio que esperamos final de amputación de la pierna”.

En relación con la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, señalan que su cuantía “se ha determinado conforme a lo previsto en el R.D. Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, según su última actualización, realizada por Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 24 de enero de 2006”, y solicitan una indemnización para el paciente de doscientos cuarenta mil euros (240.000 €), y de cien mil euros (100.000 €) para su esposa, “más los intereses de ambas cantidades desde la fecha de la reclamación”.

Finalmente, solicitan la práctica de prueba documental, para lo cual piden que se incorpore al expediente el informe elaborado por el médico de Atención Primaria que atendió al paciente el día 3 de noviembre de 2004 y lo derivó al hospital, así como de “todos los informes o partes de los médicos del centro de salud (...) que (lo) atendieron (...) entre los días 26 de octubre y 6 de noviembre de 2004, ambos inclusive” de los que, según dicen, “no hay constancia” en la historia clínica. Asimismo solicitan la unión al expediente del “registro de llamadas o avisos al teléfono 112 o a los números del centro de salud (...) entre las fechas mencionadas cuyo objeto fue solicitar atención médica para el referido paciente”.

Adjuntan a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Dos partes de urgencias del centro de salud. En el primero, fechado el 25 de octubre de 2004, se consigna como resultado de la exploración “le palpo mal los pulsos; miembro frío y dolor generalizado, no a punta de dedo” y como impresión diagnóstica “TVP?”; dentro del apartado relativo al tratamiento el facultativo

anota "se deriva para descartar cuadro trombótico". En el segundo, de fecha 27 de octubre de 2004, se refleja como resultado de la exploración "frialidad en la pierna afecta aunque laten pulsos pedios", como impresión diagnóstica "flebitis???", y como tratamiento, "derivo a Urgencias para pruebas complementarias". b) Informe de Urgencias del hospital que le atendió en primer lugar, de fecha 27 de octubre de 2004, en el que se hace constar como resultado del examen practicado al paciente "no edemas. Pulsos +. Insuficiencia venosa con varices engrosadas en área interna rodilla (...) con ↑ Tª local y sin dolor. Dolor a la palpación y extensión pie" y "eco Doppler: no TVP. Masa hueco poplíteo probable hematoma antiguo", como diagnóstico los señalados por los perjudicados en el escrito de reclamación, y como tratamiento "seguir con antiinflamatorios. Control evolutivo y de tto. por su médico (de) cabecera". c) Hojas en las que figura el curso de la atención prestada al paciente en el centro de salud, entre otros, los días 31 de octubre y 1, 2 y 7 de noviembre de 2004, y cuyo contenido es el expuesto por la parte en el escrito de reclamación, apreciando, en el caso de la última de las anotaciones citadas, respecto de la que se especifica que se trata de una "visita a domicilio", que se corresponde en realidad con la atención que la parte refiere haber recibido el día 6 de noviembre de 2004. d) Parte de consulta y hospitalización del centro de salud, de fecha 6 de noviembre de 2004, mediante el que se deriva al paciente al hospital, y en el que se indica "insuficiencia venosa crónica. Sin signos de edema. No palpo cordón. Homans -. No palpo pedio. Frialidad marcada de los dedos, con relleno capilar muy enlentecido. Dolor a la palpación de 2º, 3º, 4º dedo. Solicito valoración y tto." e) Informe de Urgencias del hospital, de la misma fecha, en el que se anota como resultado de la exploración "pie izdo. frío eritematoso, no se palpan pedios ni tibial posterior (Doppler)", y que "se remite a Cirugía Vasculuar para valoración y tratamiento". f) Informes de alta del Servicio de Cirugía Vasculuar del hospital en el que recibió atención a partir de entonces, de fechas 18 de noviembre de 2004; 3 de mayo, 23 de noviembre y 13 de diciembre de 2005, y 7 de marzo de 2006. En el último se menciona que "el 22.02.06 se realiza amputación de muslo izquierdo".

g) Escrito de la Coordinadora Médica del centro de salud, fechado el 27 de marzo de 2006, en el que aclara al perjudicado que “no es posible alterar el curso clínico descriptivo de un paciente. Si algo falta es porque los facultativos que lo asistieron en ese momento no hicieron las anotaciones pertinentes. Después ya no se pueden hacer modificaciones, el ordenador no permite modificar, ampliar ni borrar (...). Que los datos de la visita domiciliaria realizada el día 06-11-2004 aparezcan inscritos con fecha del día siguiente es una práctica habitual, ya que los domicilios suelen ser hechos al finalizar la jornada laboral y el médico ya no regresa al centro de salud hasta el día siguiente”. h) Informes técnicos de reconocimiento de la minusvalía que padecen el hijo y la esposa del perjudicado.

2. Mediante escrito notificado el día 25 de mayo de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a quien suscribe el escrito de reclamación en primer término la fecha de recepción del mismo en el Principado de Asturias y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará. Asimismo le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud”.

3. Mediante oficios de fecha 22 de mayo de 2006, el instructor designado al efecto solicita a la Dirección Gerencia y a la Secretaría General, respectivamente, de los hospitales que atendieron al paciente la remisión de una copia de su historia clínica.

4. Con fecha 5 de junio de 2006, la Gerencia del hospital que prestó la primera asistencia al perjudicado remite al instructor una copia de la historia clínica obrante en el citado hospital y del parte del seguro de responsabilidad sanitaria.

5. Mediante oficio de fecha 12 de junio de 2006, el Secretario General del



hospital que atendió en segundo término al paciente remite al instructor el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Vascul ar II, fechado el día 6 de mayo del mismo año, y una copia de la historia clínica del paciente obrante en dicho Servicio, en la que consta el informe de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, fechado el 19 de mayo de 2006, en el que se consigna que el paciente camina con una prótesis ortopédica “consiguiendo una adecuada estabilidad ayudado de un bastón”.

En el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Vascul ar II consta que se trata de un “paciente conocido de nuestro Servicio desde noviembre de 2004 (...). Ingresó en esa fecha por primera vez con el diagnóstico de isquemia subaguda de miembro inferior izq. por trombosis de aneurisma poplíteo en dicha extremidad./ Después de diversos intentos de restablecimiento del flujo (revascularización) de dicha extremidad, acaba realizándose amputación de muslo izq. en febrero de 2006, por isquemia irreversible./ Tiene cita en consulta ambulatoria para el próximo día 14 de septiembre, para vigilar la evolución y seguimiento de la extremidad contralateral”. Comenta que “parece que la clínica con la que se inicia el proceso es una clínica de isquemia subaguda de la extremidad inferior izq./ Se trata de un caso de trombosis de un aneurisma poplíteo, cuya evolución ha sido desfavorable pese a los diversos intentos de revascularización de la extremidad”, y adjunta “bibliografía actualizada que incluye los resultados de las experiencias más importantes del mundo (...) sobre dicha patología”, en la que se “refieren altos porcentajes de pérdida de extremidad (amputación) que oscilan entre 21 y 39%, constituyendo el principal marcador pronóstico el hecho de que el aneurisma esté simplemente sintomático y mayor aún si presenta un cuadro isquémico grave, como es el presente caso”.

6. Con fecha 13 de junio de 2006, tiene entrada en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) un oficio de la Gerencia del hospital que atendió al perjudicado en primer término por el que se remite a la Secretaría General del SESPA el informe de la Unidad de Coordinación de

Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas en el que se especifican las llamadas recibidas en el SAMU en relación con la solicitud de atención sanitaria para dicho paciente.

Según dicho informe, emitido el 25 de mayo de 2006, se recibieron llamadas en el SAMU los días 25, 27 y 31 de octubre de 2004.

7. Con fecha 16 de junio de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que refleja que los aneurismas poplíteos, como el que presentaba el perjudicado, "son (...) más frecuentes en hombres (...). La edad media en el momento de su manifestación inicial son los 65 años (...). Habitualmente son asintomáticos cuando se descubren. Su manifestación más importante es la embolia distal, siendo el síntoma más frecuente la isquemia distal (por dolor intenso, frialdad, palidez, ausencia de pulsos distales), que amenaza al miembro en el 44% de los casos. En ocasiones hay dolor local por compresión nerviosa; la compresión de las venas adyacentes puede dar lugar a trombosis venosa o edema. La trombosis del aneurisma se produce en el 40% de los casos. Aproximadamente la cuarta parte de los pacientes que tienen una tromboembolia originada en un aneurisma poplíteo precisan una amputación primaria debido a la oclusión crónica progresiva de los vasos residuales tras la trombosis./ La exploración física no detecta por lo general los aneurismas poplíteos (...). La ecografía Doppler es el mejor estudio inicial del aneurisma poplíteo (...). Es también la exploración de elección en la isquemia aguda debida a un aneurisma poplíteo no diagnosticado previamente (...). Son indicaciones para el tratamiento (de) la isquemia aguda debida a oclusión aguda, la embolia distal y un diámetro del aneurisma superior a los 2 cm. El tratamiento consiste en la exclusión del aneurisma y en restaurar el aporte sanguíneo mediante la realización de un by pass. Cuando el aneurisma está trombosado o cuando parte del lecho distal residual ha sido obliterado por émbolos puede realizarse una tromboembolectomía o una trombólisis para restablecer la circulación residual distal". Seguidamente analiza el instructor la

actuación de la Administración sanitaria, concluyendo que “cuando el reclamante acudió la primera vez al Servicio de Urgencias del hospital (...), por dolor en la cara antero-externa (...), no presentaba clínica ni hallazgos exploratorios de patología arterial. Los estudios practicados descartaron la existencia de trombosis venosa profunda y por supuesto de un aneurisma (...). Cuando una semana más tarde (...) el reclamante volvió al hospital, la exploración, además de la conocida insuficiencia venosa crónica, ponía de manifiesto dolor a la palpación del flexor del primer dedo y a la extensión forzada del mismo, que orientaron el diagnóstico hacia una tendinitis plantar (...). Sólo cuando fue valorado por tercera vez en el Servicio de Urgencias del hospital (...) se pudieron evidenciar signos claros de isquemia aguda en el miembro inferior izquierdo, adoptando la actitud que correspondía: la de derivar al reclamante a un servicio especializado de Cirugía Vascul ar, opción que ya con anterioridad había barajado su médico de Atención Primaria (...). Una vez ingresado en el Servicio de Cirugía Vascul ar, probablemente por la presencia de distintos factores de riesgo, la evolución del cuadro isquémico fue bastante tórpid a, requiriendo diversas intervenciones quirúrgicas de corte conservador para restaurar el aporte vascular. Finalmente, constatada la irreversibilidad de la situación, hubo que optar por la amputación del miembro (...). La supuesta dilación en el diagnóstico alegado por el reclamante no ha sido causante del desenlace final. No hubo, a la vista de lo comentado, un retraso diagnóstico apreciable. No puede pretenderse, por tanto, invocar en este caso una pérdida de oportunidad imputable a la Administración sanitaria”. Finalmente, propone que se desestime la reclamación presentada por considerar que la actuación de los distintos profesionales que han intervenido en la asistencia sanitaria del reclamante “ha sido correcta y ajustada a la lex artis” y que “no hubo (...) retraso en el diagnóstico”.

**8.** Con fecha 20 de junio de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite copia del informe técnico de evaluación a

la Secretaría General del SESPA y de todo el expediente a la correduría de seguros.

**9.** El día 16 de agosto de 2006 emite informe una asesoría privada, suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna, constando en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora. Señalan los autores del informe que “en la reclamación se sugiere que la amputación fue consecuencia del retraso inicial en el diagnóstico. Esto no puede mantenerse. Aunque el paciente fue inicialmente diagnosticado de posible flebitis y sólo (...) diez días después del comienzo de los síntomas se hizo el diagnóstico de isquemia distal, ésta fue una actuación correcta ya que el enfermo tenía pulso pedio y, en su presencia, no se puede hacer el diagnóstico de isquemia con dolor de reposo. Sólo cuando dejó de palparse el pulso pedio se pudo sospechar la isquemia y se derivó al paciente al Servicio de Cirugía Vasculuar (...). Antes no existía ninguna razón para enviar al enfermo al cirujano vascular ya que no se sospechaba la existencia de ningún problema que necesitase potencialmente la cirugía (...). Por último (...), hay que resaltar que el retraso en el diagnóstico no tuvo (...) ninguna repercusión en la evolución ya que tras la intervención (by-pass) el problema se solucionó, lo mismo que si se hubiese intervenido diez días antes. Pero es más, antes de la desaparición del pulso pedio la actitud hubiese sido expectante para ver la evolución y el enfermo no habría sido intervenido hasta que se produjo la obstrucción completa de la arteria poplítea”. Concluyen que “la actuación médica en este caso fue correcta y acorde a lex artis ad hoc” y que “la amputación no ha sido consecuencia del retraso inicial en el diagnóstico sino de la mala evolución del proceso por la gravedad de la arteriosclerosis que el enfermo padecía”.

**10.** Mediante escrito notificado al interesado el día 19 de octubre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias le comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en

él. El día 26 de octubre de 2006, una persona que actúa en representación de los interesados, como acredita mediante copia de la escritura de poder general para pleitos otorgada a su favor, se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia del expediente completo.

**11.** Con fecha 6 de noviembre de 2006, los perjudicados formulan un escrito de alegaciones en el que muestran su disconformidad con los distintos informes técnicos incorporados al expediente, entendiendo que la actuación de los profesionales sanitarios no fue acorde a la *lex artis ad hoc*. Tras dar por reproducido el contenido del escrito inicial, realizan una serie de consideraciones respecto de los aneurismas poplíteos, resaltando que su diagnóstico precoz “es clave para mejorar los resultados”; que “cuando se palpa cuidadosamente un hueco poplíteo para explorar la arteria siempre debe sospecharse que estamos ante un posible aneurisma”, y que “el método de diagnóstico más aceptado es el realizado mediante Doppler color”. Asimismo ponen de relieve que el paciente es “un varón que contaba con 69 años cuando fue atendido por primera vez (...), hipertenso y ex fumador. Por tanto, existían unos datos objetivos a priori que a cualquier profesional mínimamente advertido deberían conducirle en unión de las dolencias inequívocas que presentaba a un diagnóstico correcto o, con una mínima diligencia (...), a derivarle con premura inicialmente al (hospital que le atendió en segundo lugar), puesto que en el (que inicialmente se le prestó asistencia) no había Servicio de Cirugía Vasculuar. Sin embargo, no se hizo. Durante ¡12 días! el paciente estuvo penosamente peregrinando (...). Con unos diagnósticos llenos de interrogantes”. Añaden que “un peligro de esta lesión es que curse asintomática o con escasas molestias (...). Pero éste no fue el caso. El paciente (...) acudió con prontitud y repetidamente al médico (...). No obstante, no supieron explorarle y valorar los datos de forma adecuada, lo que habría llevado a un correcto diagnóstico (...). Cuando el día 6 de noviembre de 2004 por fin fue derivado al Servicio de Cirugía Vasculuar del (hospital) presentaba una isquemia subaguda en MII”. Refieren a continuación que “de los informes

médicos (...) se pretende concluir que la enfermedad fue asintomática en su debut” y que “aunque el diagnóstico se hubiera hecho antes el resultado hubiera sido el mismo (...). Conclusiones que en modo alguno puede compartir el (...) reclamante (...). La enfermedad no apareció el día 6 de noviembre de 2004, cuando el paciente tiene contacto por primera vez con el Servicio de Cirugía Vascular del (hospital que finalmente trató la lesión), sino el 25 de octubre de 2004. Así consta en el primer informe de aquel Servicio (...) `ingresa por presentar isquemia subaguda en MII` (...). Quince días antes del ingreso refiere cuadro de comienzo brusco de dolor, frialdad en MII”. Añaden que “desde la primera asistencia (en el hospital que lo atendió en primer lugar) y antes (en el centro de salud) el paciente presentaba signos alarmantes, llamadas de atención que interpretadas adecuadamente hubieran conducido a otro final”.

Finalizan su escrito solicitando que sea estimada su reclamación y adjuntan al mismo un informe técnico realizado por un especialista en Medicina Legal y Forense. En él, tras relatar los antecedentes del caso, manifiesta que hubo “una falta de actuación de acuerdo a la *lex artis ad hoc*” al entender que “ha existido una dilación importante desde que el paciente acude a su médico de APD y al (hospital que prestó la primera asistencia) hasta que es remitido al Servicio de Cirugía Vascular del (hospital que le trató después), que es donde tenía que haber sido enviado inicialmente, cuando (se) inició la patología dolorosa de la extremidad inferior izquierda y requirió con carácter urgente a su médico de cabecera (...). La exploración realizada inicialmente por su médico de familia no ha sido completa, ya que (...) se basa en que el signo de Homans era negativo; siendo no fiable” pues, según bibliografía que cita, “puede estar ausente en presencia de trombosis venosa profunda y presente en otras múltiples patologías”. Añade que “además no se hace referencia a que se haya realizado la exploración del signo Olow, de Pratt, de Peabody y de Loewenberg” y que “la clínica de una flebitis no guarda relación con lo manifestado por el paciente”. Considera que “ha existido un ir y venir (...) innecesario por falta de una exploración adecuada y un diagnóstico inicialmente erróneo” y que “con

respecto al hecho de que en el (hospital que le atendió en primer lugar) se diga que no existe trombosis venosa profunda y que es un hematoma antiguo con la realización del eco Doppler”, ha de tenerse en cuenta que, según opinión del doctor que cita, “la técnica depende de la experiencia personal del evaluador y está sujeta a una gran variabilidad entre varios observadores distintos”. Seguidamente refiere que “las indicaciones para diagnosticar un aneurisma son las siguientes: (...) ecografía dúplex, angiografía con resonancia magnética, arteriografía de contraste, tomografía computada” y que, según opinión del facultativo que cita, “el método (...) más aceptado actualmente para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda es el ultrasonido Doppler color, el cual tiene alta sensibilidad y especificidad en trombosis proximales. Entiende que “en el (hospital al que fue remitido inicialmente desde el centro de salud), donde no existe Cirugía Vascul ar, se hace referencia a insuficiencia venosa crónica y contractura de músculo tibial anterior, diagnosticándose el 23-11-04 (*sic*) de tendinitis de planta del pie izquierdo. Es decir que se está haciendo referencia a signos por separado que se manifiestan en la patología de la trombosis venosa profunda, pero sin llegar al diagnóstico de dicha patología para ser remitido a un Servicio de Cirugía Vascul ar”. Finalmente concluye que “ha existido una dilación en el diagnóstico y tratamiento inadecuado del paciente, estando de acuerdo con el demandante en que el resultado final que origina la amputación de su extremidad inferior izquierda se debe al sistema organizativo de la Seguridad Social”.

**12.** Con fecha 22 de noviembre de 2006, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, razonando que “en el presente caso la actuación médica (...) fue correcta y acorde con la *lex artis ad hoc* ya que inicialmente existía pulso pedio, por lo que el dolor en reposo no se podía atribuir a la isquemia. No hubo retraso en el diagnóstico porque en cuanto se tuvo la certeza de que el reclamante padecía un cuadro isquémico, producto de un aneurisma poplíteo, hasta entonces sin síntomas evidentes, fue derivado al servicio especializado correspondiente. Pero aun en el supuesto de

que el diagnóstico se hubiese hecho antes el resultado hubiese sido el mismo, ya que la amputación es el final de la evolución de casi la mitad de los aneurismas poplíteos trombosados”. Entiende que el “lamentable desenlace final -la amputación- no ha sido consecuencia del pretendido retraso inicial en el diagnóstico sino de la mala evolución del proceso, por la gravedad de la arteriosclerosis que el enfermo padecía, y que fue la última solución al no haber dado resultado los diferentes intentos de revascularización efectuados”, por lo que propone desestimar la reclamación interpuesta.

**13.** Con fecha 21 de junio de 2007, a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, este Consejo Consultivo emite dictamen sobre la cuestión planteada en el que concluye que la ausencia de informe de los servicios cuyo funcionamiento ha ocasionado la presunta lesión indemnizable impide un pronunciamiento sobre el fondo, debiendo retrotraerse el procedimiento al objeto de subsanar aquel defecto. Asimismo, se pone de relieve la falta de acreditación de la condición de esposa que ostenta quien suscribe, junto con el paciente, el escrito de reclamación, por lo que, según se señala, no podrá estimarse la reclamación sin verificar antes dicha legitimación.

**14.** El día 20 de julio de 2007, atendiendo a las consideraciones efectuadas en el mencionado dictamen, el instructor del procedimiento solicita al hospital que asistió al paciente en primer lugar un informe de los servicios sanitarios afectados por la reclamación, tanto del centro de salud como del propio hospital, precisando que el mismo “no puede suplirse por la información que sobre el proceso asistencial consta en el historial clínico”. Dichos informes son remitidos el día 10 del mes siguiente.

En el informe del Jefe del Servicio de Urgencias, fechado el 31 de julio de 2007, se indica que “el día 27-10-2004 acude a este Servicio (no consta si fue derivado por su médico)” y que, en dicha ocasión, además de la exploración física, de la que resulta “que el paciente tiene pulsos arteriales presentes (...) y dolor o contractura en región de pierna (...) y/o 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> dedo de pie”, se le



realiza también “Eco Doppler de esta pierna”. Afirma que “con esta exploración no es necesario derivar desde este Servicio a Cirugía Vasculuar”. Sostiene que es el día 6 de noviembre de 2004 cuando se constatan los signos de “dolor en antepié, frialdad y pérdida de sensibilidad, además de dolor al caminar. (...) no (se) palpa pulso pedio, con frialdad de los dedos y relleno capilar muy enlentecido con dolor a palpación de 2º, 3º y 4º dedos (...). Se pide interconsulta al cirujano de guardia de este hospital, quien le remite a Cirugía Vasculuar del (hospital que finalmente le trató) para valoración”. Entiende que “hasta este día 6-11-2004 la actuación del Servicio de Urgencias frente a un paciente hipertenso y con historia de haber dejado el hábito tabáquico 15 años antes entra dentro de la actuación habitual, de acuerdo con la lex artis ad hoc”, y que el signo de “frialdad” que refiere en el momento del ingreso en el Servicio de Cirugía Vasculuar del hospital que le atendió en segundo lugar, “no es recogido por ningún facultativo hasta el informe del 6-11-2004 (todo lo contrario, se habla de flebitis y de aumento de temperatura), por lo que termina concluyendo que “no se puede afirmar que la evolución y resultado final se viese agravado, influenciado o acelerado por los 15 días en que fue atendido y tratado por los médicos del centro de salud (...) y del Servicio de Urgencias de este hospital de otros procesos intercurrentes con una isquemia crónica que se reagudiza el 6-11-2004”.

El informe emitido por su médico de Atención Primaria, fechado el 2 de agosto de 2007, se limita a realizar un relato del proceso patológico que da lugar a la reclamación mediante la transcripción de las anotaciones de la historia clínica ya incorporadas al expediente.

**15.** Con fecha 22 de agosto de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite al perjudicado una copia de los informes descritos en el antecedente anterior y le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días. Con fecha 7 de septiembre de 2007, se presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que los reclamantes sostienen que “falta a la

verdad el informe (...) de fecha 31 de julio de 2007" cuando afirma que el signo frialdad "no es recogido por ningún facultativo hasta el informe del 6-11-2004 (todo lo contrario, se habla de flebitis y de aumento de temperatura)", pues "en el primer informe del centro de salud (...), de fecha 25-10-2004 (...), se decía en el apartado motivo de la consulta: `acude (...) a causa de dolor en miembro inferior izquierdo, agudo, con frialdad y claudicación, también sensación de no sentirse bien´. En el mismo informe dentro de exploración se reitera: `le palpo mal los pulsos; miembro frío y dolor generalizado...´. Pero es que en el informe del mismo (centro de salud) de fecha 27-10-04 (...) se dice literalmente (...) en exploración: `frialdad en la pierna afecta...´. Por tanto, la frialdad era un signo recogido expresamente con reiteración por los médicos de Atención Primaria (...) desde las primeras asistencias. Contrapone el informe frialdad a flebitis, sin embargo el parte del (centro de salud) analizado empareja la frialdad en la pierna afecta con una impresión diagnóstica de, literalmente: `flebitis???´. Es evidente que alguien se equivoca (...). Ese día su médico le derivó al citado hospital, pese a que en el informe (...) se diga `no consta si fue derivado por su médico´. Sí fue derivado, como figura en el parte del (centro de salud) de ese día en tratamiento: `derivo a Urgencias para pruebas complementarias´. Se hace hincapié en este dato porque el paciente y su familia obedecieron siempre las indicaciones recibidas y nunca hubieran ido al hospital si previamente no hubieran recibido la orden del médico de Atención Primaria (...). Se dice esto porque se advierte una muy inquietante discordancia entre algunas de las manifestaciones escritas de lo ocurrido y la realidad de los hechos. De igual modo que al (hospital) no le consta si hubo derivación por el médico de cabecera el día 27-10-2004, y sí la hubo; por el contrario, no existió tal derivación el día 25-10-2004, pese a que figure en el parte aportado y entregado al paciente no el día de los hechos, sino cuando más de un año después, éste resuelve iniciar el presente expediente y solicita (...) que le sean entregados los informes o partes y entre ellos se hace entrega de éste". Finalmente, tras reiterar las consideraciones reflejadas en el anterior escrito de

alegaciones, concluyen que “hubo mala práctica médica” y que “fue determinante la dilación (...) en el resultado final”.

Al escrito adjuntan hoja de la inscripción del matrimonio en el Registro Civil, al objeto de acreditar la legitimación de la esposa, atendiendo a lo señalado sobre aquella cuestión en el dictamen de este Consejo.

**16.** Con fecha 14 de septiembre de 2007, el instructor elabora nueva propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación formulada, reiterando los argumentos contenidos en su anterior propuesta de fecha 22 de noviembre de 2006.

**17.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de octubre de 2007, registrado de entrada el día 6 del mes siguiente, 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 Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

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), están los interesados activamente legitimados 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 28 de abril de 2006, habiendo tenido lugar la amputación supracondilea de la pierna izquierda el día 22 de febrero de 2006 y la finalización del tratamiento de rehabilitación para la adaptación a la prótesis ortopédica el día 19 de mayo de 2006, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de

la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Sin embargo, advertimos la omisión de actos expresos de instrucción, tales como la resolución de apertura del preceptivo periodo de prueba y la determinación de su plazo, así como, en lo que a la práctica de pruebas se refiere, que no se ha realizado una de las propuestas por los interesados, sin que conste la preceptiva resolución motivada del instructor, en los términos de lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, se ha de matizar que, a pesar de la solicitud formulada por los reclamantes en su escrito inicial, respecto de la documental consistente en la unión al expediente como prueba del informe elaborado por el médico de Atención Primaria que atendió al paciente el día 3 de noviembre de 2004 y lo derivó al hospital, lo cierto es que, concedido trámite de audiencia y presentado escrito de alegaciones, aquéllos no formularon objeción alguna al respecto. Además, dado el contenido de la propuesta de resolución, no se aprecian razones para suponer que en el caso de que se hubiera incorporado la referida prueba se habría modificado el resultado final de la misma. Por esta razón y en aplicación del principio constitucional de eficacia administrativa, no cabe estimar necesaria la retroacción de actuaciones cuando, de subsanarse el defecto, es de prever, en buena lógica, que se produciría la misma propuesta de resolución.

Igualmente, se observa que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se les notifica la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al

haberse precisado los extremos requeridos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo. Asimismo, reparamos en que la citada comunicación incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como indica el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de las personas interesadas y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se ha de contar desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Finalmente, 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 43.4, 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.-** Fundan los reclamantes su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria como consecuencia del pretendido retraso diagnóstico de un aneurisma poplíteo trombosado que ha tenido como resultado, según afirman, la amputación supracondílea de la

pierna izquierda practicada a quien suscribe en primer término el escrito de reclamación.

Tanto la amputación mencionada como los periodos de incapacidad relacionados con el proceso patológico que da origen a la reclamación se encuentran acreditados en el expediente, por lo que no existe duda sobre su efectividad, sin perjuicio de cuál haya de ser su concreta valoración económica.

Ahora bien, la aparición de unos daños 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 un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensado 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 todas las medidas y medios necesarios y disponibles para la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento, pero no a un resultado concreto. Este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales de la



medicina más que la obligación de utilizar los medios diagnósticos precisos en función de la sintomatología del paciente y no un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas que evidencien la posible existencia de una enfermedad o lesión física.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Consideran los perjudicados que la actuación de la Administración sanitaria en la fase de diagnóstico de la enfermedad no ha sido conforme a la *lex artis ad hoc* por tardía, aduciendo que los síntomas que presentaba el enfermo el día 6 de noviembre de 2004, fecha en la que se diagnostica la isquemia derivada de un aneurisma poplíteo trombosado, no eran “nada nuevo respecto de lo que reiteradamente venía siendo una constante en la situación del paciente desde casi dos semanas atrás” y que puesto que estos signos eran, “desde el inicio (...), suficientemente graves, inequívocos y persistentes, con una aparición brusca”, y que presentaba además factores que incrementaban el riesgo de patología arterial -era, según señalan, “ex fumador, hipertenso y con varices”-, al menos debería haberse derivado a un centro sanitario dotado de

Servicio de Cirugía Vascul ar en el que se habría diagnosticado correctamente la lesión. Afirman los interesados en el escrito de alegaciones presentado en el primer trámite de audiencia que si los facultativos del centro de Atención Primaria y del hospital al que fue derivado inicialmente no le diagnosticaron la isquemia fue porque "no supieron explorarle y valorar los datos de forma adecuada". Asimismo, entienden que la dilación de quince días en el diagnóstico -desde el 25 de octubre de 2004, fecha en la que acudió por primera vez a su centro de Atención Primaria por dolor en la pierna izquierda, hasta el 6 de noviembre de 2004- ha resultado determinante de la amputación realizada el día 22 de febrero de 2006. A este escrito de alegaciones adjuntan un informe pericial en el que se indica que "la exploración realizada inicialmente por su médico de familia no ha sido completa, ya que (...) se basa en que el signo de Homans era negativo" y que dicho signo no resulta "fiable", pues "puede estar ausente en presencia de trombosis venosa profunda y presente en otras múltiples patologías". No obstante, ninguna prueba aportan de tales imputaciones, resultando de los documentos e informes obrantes en el expediente que no existió retraso diagnóstico.

Como se refleja en el informe técnico de evaluación, el síntoma más frecuente de los aneurismas poplíteos es la isquemia distal, cuya manifestación principal es un conjunto de signos que pueden apreciarse en una exploración física, como son "dolor intenso, frialdad, palidez, ausencia de pulsos distales". En el caso que examinamos, el agregado de síntomas indicativo de la isquemia no pudo evidenciarse hasta el día 6 de noviembre de 2004, pues no es hasta entonces cuando se manifiesta en el paciente la ausencia de pulso pedio y puede sospecharse la trombosis venosa profunda que luego confirmaría la atención especializada mediante otras pruebas diagnósticas. Como señala el dictamen médico elaborado a instancias de la aseguradora, antes de ese día "el enfermo tenía pulso pedio y, en su presencia, no se puede hacer el diagnóstico de isquemia con dolor de reposo", por lo que únicamente "cuando dejó de palparse el pulso pedio se pudo sospechar la isquemia". Efectivamente, si se analizan las anotaciones correspondientes a la atención recibida los días

anteriores al 6 de noviembre de 2004 se observa que en todas ellas los facultativos exploraron la presencia de pulsos con resultado positivo, lo cual viene a desvirtuar la afirmación de la parte reclamante conforme a la cual la clínica que presentaba el paciente ese día, fecha en la que se diagnostica la isquemia, no era “nada nuevo respecto de lo que reiteradamente venía siendo una constante en la situación (...) desde casi dos semanas atrás”.

Los datos objetivos obrantes en el expediente vienen a desdecir, asimismo, la concretas imputaciones de mala praxis que la parte realiza respecto de los facultativos que atendieron al paciente tanto en el centro de salud como en el hospital al que fue derivado en primer lugar. Afirma el autor de la pericia privada que “la exploración realizada inicialmente por su médico de familia no ha sido completa, ya que (...) se basa en que el signo de Homans era negativo”, siendo éste “no fiable”. No obstante, de un detenido examen del expediente resulta que la respuesta negativa del enfermo al signo de Homans -basado en la reacción dolorosa frente a una determinada manipulación- se ha consignado, entre otros documentos, en el parte de consulta y hospitalización extendido el día 6 de noviembre de 2004, mediante el cual se remite al paciente al hospital al constatar, con la mayor diligencia y pese a aquella respuesta negativa, que existía un síntoma -la ausencia de pulso pedio- que orientaba el diagnóstico, por primera vez, hacia la isquemia.

En cuanto a la atención especializada por la que se reclama, resulta de la documentación obrante en el expediente que el día 27 de octubre de 2004, es decir, dos días después de haber acudido por vez primera a su centro de Atención Primaria, se le realizó al perjudicado en el hospital un examen del miembro afectado mediante ecografía doppler que es, como coinciden en señalar tanto el informe técnico de evaluación como el privado emitido a instancia de los reclamantes, “el mejor estudio inicial” o “el método de diagnóstico más aceptado actualmente”, descartando esta prueba la presencia de trombosis venosa profunda que no se evidenciaría hasta el día 6 del mes siguiente.

Verificado tanto por los servicios de Atención Primaria como por los de Atención Especializada que no existía isquemia, como señalan los especialistas que elaboran el informe a instancias de la aseguradora, no había “ninguna razón para enviar al enfermo al cirujano vascular, ya que no se sospechaba la existencia de ningún problema que necesitase potencialmente la cirugía”.

Lo anterior nos lleva a concluir que con anterioridad al día 6 de noviembre de 2004 el paciente no presentaba signos de obstrucción arterial, por lo que el diagnóstico de esta dolencia no resultaba posible, luego no existe el retraso que los reclamantes pretenden. A mayor abundamiento, la diagnosis de una trombosis venosa profunda atendiendo únicamente a los factores de riesgo arterial presentes en un paciente determinado o a la frecuencia con que éste demanda la atención de los servicios médicos alertado por su propia impresión subjetiva de gravedad, como parece pretender la parte, no sólo carecería de la más mínima fiabilidad sino que sería contraria a la *lex artis*.

Finalmente, la amputación de la pierna no puede vincularse a la actuación de los servicios sanitarios, no sólo porque ha quedado probado que no existió el alegado retraso diagnóstico sino, además, porque, como indican los especialistas, diagnosticada la isquemia el día 6 de noviembre de 2004 y practicado un by-pass para restablecer el flujo circulatorio, “el problema se solucionó lo mismo que si se hubiese intervenido diez días antes”. Desgraciadamente, la tórpida evolución de la patología arterial del paciente por la gravedad de la arteriosclerosis que padecía desembocó en un proceso de sucesivos ingresos hospitalarios para ser tratado de múltiples trombosis de los by-pass que se le fueron realizando a lo largo del año 2005, y que culminaría en la amputación de la pierna izquierda, como consta en el expediente, el día 22 de febrero de 2006, quince meses después de la atención sanitaria que los reclamantes reputan deficiente. Tan lamentable desenlace no es, por otro lado, infrecuente en la evolución de pacientes con este tipo de patologías ya que, como coinciden en señalar en sus informes el Jefe del Servicio de Cirugía Vascular y el instructor, la isquemia distal pone en riesgo la extremidad

afectada hasta desembocar en la amputación aproximadamente en 40 de cada 100 casos.

En suma, resulta acreditado que el servicio público sanitario ha actuado de acuerdo con la *lex artis ad hoc*, por lo que no puede afirmarse que el daño sufrido por los reclamantes esté causalmente conectado con el funcionamiento de los servicios públicos.

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.