

Expediente Núm. 160/2008
Dictamen Núm. 395/2009

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 3 de diciembre 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 23 de julio de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de lo que considera una deficiente asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de agosto de 2007, tiene entrada en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños causados como consecuencia de una deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital “X”.

El interesado inicia su escrito refiriendo que ingresa el 15 de abril de 2007 en el Hospital “Y” para una intervención de prótesis total de rodilla izquierda.

Continúa relatando que “la operación se realiza el 16 de dicho mes y el día 17 ante los continuos dolores que manifiesta se le realiza un eco-Doppler”, constatándose “una alarmante reducción en el flujo sanguíneo de su pierna izquierda (...). Ante esta situación (...), el día 18 de abril y dado el estado alarmante que presenta, se le deriva al Hospital `X`”.

Afirma que “desde las cuatro de la mañana del día 18 de abril en que ingresa en Urgencias (del Hospital `X`) hasta las 13:32 horas del mismo día en que se realizan los análisis para la intervención no se actúa sobre el miembro inferior izquierdo”, sosteniendo que esa dilación es inadmisibles “por dos razones:/ a) porque el diagnóstico ya venía realizado,/ b) porque la pérdida de casi nueve horas entre el ingreso en Urgencias y la operación tiene una incidencia fundamental en la evolución del proceso circulatorio de la pierna, hasta el punto de que, como se dice en el informe, este lapso de tiempo determina la necesidad de la amputación”.

Añade que, a pesar del tiempo transcurrido entre el ingreso y la intervención, no se procede a la amputación directamente, sino que antes se le realiza un by-pass en la pierna que, dado el estado que presenta la misma y la hora de la intervención, está condenado al fracaso, y que su única función es retrasar lo que era inevitable por la desidia del hospital y amparar a los médicos intervinientes ante la evidente falta de diligencia, es decir, la colocación del by-pass sólo agrava su sufrimiento, que finalmente se ve abocado a la amputación total de su pierna izquierda, lo “que ha modificado de manera irreversible y absolutamente perjudicial su calidad de vida”.

Además, asegura que “en el estado en que se encontraba (...) cuando firmó” los consentimientos informados para la realización del by-pass y para la amputación no era consciente de lo que firmaba y que, por tanto “ningún valor tiene el consentimiento emitido”.

Solicita una indemnización por importe total de trescientos treinta y nueve mil ochenta y ocho euros con cuarenta céntimos (339.088,40 €), que resulta de sumar 56.643,40 €, “por amputación de miembro inferior izquierdo”; 28.767 €, “por adecuación de vivienda”; y 253.678 €, “por necesidad de ayuda

de otra persona, pérdida de calidad de vida y cambio temporal de residencia”, y calculada, según dice, aplicando “los baremos que fija la patronal UNESPA para las indemnizaciones por daños corporales”.

Finaliza el escrito indicando el domicilio de un abogado a efectos de notificaciones.

Al escrito de reclamación acompaña un informe médico pericial privado, emitido el 19 de julio de 2007, en el que se hace constar que el paciente fue informado de los riesgos que comportaba la colocación de prótesis total de rodilla; que no había antecedentes médicos que contraindicasen la intervención quirúrgica; que la trombosis posoperatoria acaecida es uno de los posibles riesgos de este tipo de intervenciones, que se incrementa en este caso por la edad del paciente y el mal estado previo de sus arterias y que, por tanto, no puede achacarse a una mala praxis. Añade que el medio diagnóstico para detectar la isquemia (eco-Doppler) fue el correcto y únicamente pone en duda “si tal decisión se tomó con prontitud, al desconocer la hora de realización” del mismo, “y por tanto del diagnóstico”. Asimismo considera correcta la decisión de trasladarlo al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital “X”. Respecto a la actuación practicada en dicho hospital, y en concreto la realización de un by-pass, entiende que ha sido la técnica adecuada, y que la producción de una trombosis en el mismo, entra dentro de las posibles complicaciones, por lo que la amputación ha sido inevitable. De nuevo vuelve a poner en duda el factor tiempo, es decir, “si la operación se efectuó lo más pronto posible desde su ingreso”, consignando que no consta la hora de la intervención pero que, dado que ya venía del Hospital “Y” con el diagnóstico certero, “lo correcto sería que se le hubiese operado de forma urgente”, pues la dilación en la intervención facilita la aparición de complicaciones posoperatorias.

2. Mediante escrito de 17 de agosto de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital “X” una copia de la historia clínica del interesado y un informe de la Sección de Cirugía Vascular. En la misma fecha, solicita a la Gerencia del Hospital “Y” una “copia

de la historia clínica del reclamante en lo relativo únicamente al episodio asistencial del 15 de abril de 2007”.

3. El día 20 de agosto de 2007, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica solicitada. En ella constan, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital “Y”, de fecha 18 de abril de 2007, en el que figura como impresión diagnóstica “sospecha de isquemia arterial en pierna izquierda”. b) Hoja de la Unidad de Clasificación Clínica del Servicio de Urgencias del Hospital “X” al ingreso hospitalario en la que consta “isquemia arterial en pierna izq.”. c) Hojas de curso clínico en el Área de Urgencias del Hospital “X”, en las que se señala como hora de atención las 4:40 horas del día 18 de abril de 2007, y en las que se refleja “isquemia arterial aguda/subaguda (...)”. En estos momentos ausencia de dolor./ Plan: hablo telefónicamente con C. Vascular y se decide dejar en BOX para cirugía mañana por la mañana”. Consta anotado en las órdenes para tratamiento “control de (constantes) habituales (...)./ Dieta absoluta, suero (...). Nolotil (...) si dolor. Si continúa dolor avisar al médico para subir escala analgésica”, y en las observaciones del curso clínico correspondientes a dicho día 18, a las 6:30 al ingreso en la planta, que el paciente es trasladado del (Hospital “Y”) por sospecha de isquemia aguda en miembro inferior izquierdo tras colocación de prótesis de rodilla. Anestesia y paresia de pie a su llegada a Urgencias, no presenta dolor, “relleno capilar aceptable” y se deja a dieta absoluta para arteriografía urgente; a las 14:00, una vez realizada ésta, que “el pie presenta aspecto (...) isquémico, con livideces hasta el tobillo. Se decide (intervención) quirúrgica urgente. (Mal pronóstico. Se informa a (la) familia); a las 19:30, intervención: by-pass, “pie sin livideces al salir”; a las 21:30, “Anestesia: comento a C. Vascular que la persona está fría y con livideces. Desestiman actitud intervencionista”. d) Hojas de consentimiento informado para “anestesia loco-regional”, para “la realización de arteriografía periférica” y para “anestesia general”, firmadas el 18 de marzo de 2007. e) Hoja de protocolo quirúrgico relativa a la arteriografía, en la que se

anota, "a la vista de los hallazgos, se decide (intervención quirúrgica) urgente".

f) Hoja de atención de enfermería quirúrgica, en la que consta que la llegada al quirófano para practicar la arteriografía se produce a las 14:15 horas del día 18 de abril y que la intervención comienza a las 14:30 y finaliza a las 19:35 horas.

g) Hoja de protocolo quirúrgico correspondiente a la amputación del miembro inferior izquierdo, realizada el 20 de abril, y hojas de consentimiento informado, firmadas por el paciente el día 19 de abril para "amputación de miembro", anestesia loco-regional y anestesia general.

h) Informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculardel Hospital "X", del que se desprende que el paciente ingresa en dicho centro el día 8 de abril de 2007, siendo alta el 11 de mayo siguiente, y que es remitido desde el Hospital "Y" "por isquemia aguda de MII. Allí se encontraba ingresado cursando el posoperatorio de una prótesis de rodilla izquierda". Figuran anotados los resultados de las pruebas complementarias realizadas al ingreso y en el apartado "comentario" se indica que "el paciente presenta una trombosis posoperatoria del by-pass que obliga a practicar la amputación".

i) Informe Anatomopatológico, de fecha 25 de mayo de 2007, en el que se recoge como diagnóstico "trombosis femoral. Arterioesclerosis calcificada".

4. Mediante escrito notificado al reclamante el día 22 de agosto de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Además le advierte que "dispone (...) de diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción de la presente notificación, para acreditar su capacidad de representación en el procedimiento, por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal en este Servicio".

5. Con fecha 23 de agosto de 2007, el Director Médico del Hospital "Y" remite al Servicio instructor una copia de lo que denomina "episodios de ingreso de

fecha 17/04/07 y alta el 18 del mismo mes”, incluidos en la historia clínica del paciente obrante en dicho hospital. Destacamos, entre otros, los siguientes documentos: a) Documento de consentimiento informado para “PTR izquierda”, firmado por el paciente y el facultativo el 28 de noviembre de 2006. b) Hojas de observaciones del curso clínico, en las que se refleja, día 15 de abril, “ingreso por artroplastia total rodilla izda. (...) Firma consentimiento”; día 17, “operado ayer./ Afebril (...). Eco-Doppler para ver estado vascular”; día 18, a las 2:15 horas, “Avisan porque se queja de dolor y pérdida de sensibilidad en pierna y pie izquierdos, progresivos en las últimas horas y sin respuesta a analgésicos pautados. Se realizó ayer eco-Doppler. c) Informe de la ecografía Doppler realizada, en la que figura como impresión diagnóstica “limitación progresiva del flujo debido a una estenosis del tercio medio y una obstrucción total de (arteria) poplítea”. d) Hoja de intervención quirúrgica en la que consta, “sin incidencias”. e) Informe de alta del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 19 de abril de 2007, en el que se indica como fecha de ingreso el día 15 y de alta el día 18, a las 3:00 horas, y por traslado a otro hospital, con la impresión diagnóstica de “sospecha de isquemia arterial de pierna izquierda”.

A continuación figura el comprobante de un fax enviado desde el Hospital “Y” al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias el día 14 de septiembre de 2007, y en el que consta la realización del Doppler de miembros inferiores venoso el día 17 de abril de 2007, a las 12:45 horas.

6. Con fecha 7 de septiembre de 2007, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor el informe emitido por el Jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. En él se recoge que el reclamante fue atendido en Urgencias del Hospital “X” “a las 4:40 h del día 18 de abril (...). En el momento de la atención no presenta dolor, solicitándose estudios analíticos y una radiografía de tórax, y pautando tratamiento con heparina en bolo (...). A las 06:30 h el paciente continúa sin dolor, con pulso arterial femoral conservado, y presenta el pie izquierdo con cierta disminución de temperatura” respecto al otro, “aunque

con un relleno capilar aceptable. Dado que entre los antecedentes clínicos del paciente se encuentran importantes factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia), que el eco-Doppler del (Hospital "Y") habla, no de la presencia de trombo fresco (que apuntaría a una embolia), sino de `ausencia de flujo en la arteria poplítea (...)´, que sugiere una enfermedad arterial crónica de base, y que el paciente no refiere dolor y el relleno capilar es aceptable, se decide según la sistemática habitual de trabajo para el manejo del empeoramiento clínico de las patologías arteriales crónicas (...). Es decir, descartado un proceso embólico que exigiría una intervención quirúrgica inmediata, y dado que en el caso de un empeoramiento de un proceso crónico por trombosis el transcurso de unas horas no tiene influencia en el resultado final, más dependiente de las lesiones arteriales que pueda presentar el paciente, en consonancia con lo determinado en los protocolos de actuación en Cirugía Vasculor resulta mandatorio completar los estudios del árbol circulatorio como paso previo y necesario para el diseño de la cirugía", por lo que se procede a practicar un "estudio arteriográfico de forma urgente ese mismo día 18 (...). Finalizado el procedimiento de la arteriografía (...), se constata un llamativo empeoramiento del aspecto del pie, con cambios de coloración sugestivos de sufrimiento. Por ello, se informa al paciente y a la familia de la posibilidad de (...) realizar a continuación un by-pass". Se les comenta, además, que debido a las importantes lesiones arteriales que presenta el paciente, de aspecto crónico y con salida por un único tronco lesionado, el porcentaje de éxito de la cirugía revascularizadora es bajo, por lo que el pronóstico es malo, aunque "lo recomendado es apurar este tipo de posibilidades quirúrgicas previamente a la indicación de exéresis". En la intervención se comprueba que "no se puede utilizar la safena interna autóloga por encontrarse fibrosada, lo que obliga a emplear una prótesis de PTFE, lo que compromete aún más el resultado de la técnica revascularizadora./ Esa misma noche el paciente vuelve a presentar frialdad en el pie y trastornos de la coloración, evolucionando hacia una isquemia irreversible, con exclusión del pie". El día 19 es valorado por el Servicio de Anestesiología y, ante la ausencia

de otras posibilidades de cirugía, el día 20 se procede a “una amputación supracondílea”. Añade que el Servicio de Anatomía Patológica informa que en el miembro amputado “existe una extensa e intensa arteriosclerosis calcificada”, observación ésta que “certifica la impresión de que se trataba de un cuadro crónico en evolución desfavorable”.

Concluye manifestando que, a su juicio, “no han sido las horas transcurridas desde el ingreso del paciente hasta la intervención, sino el pésimo estado de la circulación de su pierna izquierda, con importantísimas lesiones arteriales crónicas, el que ha condicionado la mala evolución clínica con la pérdida de la extremidad”.

7. Con fecha 3 de enero de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y destaca que el paciente es un varón de 77 años de edad en el momento del hecho causante, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento. En cuanto a la valoración del caso, distingue entre la isquemia crónica, en la cual el dolor aparece de forma progresiva con la deambulación, es intenso, y desaparece con el reposo, y la isquemia aguda, en la que el comienzo del dolor es súbito y no desaparece con el reposo. La forma crónica se clasifica en cuatro estadios que indican la severidad de la obstrucción arterial: I, asintomático; II, claudicación intermitente; III, dolor en reposo o nocturno; y IV, lesiones tróficas, necrosis o gangrena. El tratamiento quirúrgico está indicado en los estadios III y IV, arteriografía y posterior cirugía, según cuadro que se incluye en el informe.

Señala que, “a la luz de los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia) y de la ausencia de flujo en la arteria poplítea, cuya luz estaba ocupada por materia fibrolipídico y cálcico, según demostró el eco-Doppler efectuado en el (Hospital “Y”), el reclamante presentaba isquemia crónica de la extremidad inferior izquierda. Signos como la ausencia de dolor y un relleno capilar aceptable abonaban esta tesis”. Asimismo, “descartado un proceso embólico que requeriría una actuación

inmediata y dado que, en caso de (...) empeoramiento de un proceso crónico por trombosis, el transcurso de unas horas no determina el resultado final, de acuerdo con los protocolos existentes se completaron los estudios del árbol circulatorio como paso previo para la cirugía". Añade que en la misma mañana del ingreso, se efectuó una arteriografía, "tras lo cual se observa el empeoramiento de las lesiones, lo que aconseja la realización de un by-pass largo de dudosa eficacia, aunque recomendable como opción conservadora antes del empleo de la exéresis quirúrgica", y que esa noche el paciente presenta síntomas de una isquemia irreversible, por lo que, ante la imposibilidad de realizar otra cirugía, se decide amputación, confirmando los hallazgos anatomopatológicos que se trataba de una isquemia crónica en evolución desfavorable.

Concluye que "la causa de tan infausto desenlace fue la gravedad de la enfermedad padecida por el reclamante, con un estado circulatorio pésimo de la extremidad afectada e importantísimas lesiones arteriales de curso crónico, y no el retraso alegado entre su ingreso y la intervención quirúrgica a la que hubo de ser sometido".

Finaliza indicando que "los profesionales del sistema sanitario público que intervinieron en la asistencia" prestada al reclamante "utilizaron los medios que la lógica propia de la medicina basada en la evidencia y las circunstancias (del) paciente imponían en cada momento, pudiendo calificarse su actuación como correcta y ajustada a la *lex artis*".

8. Mediante escritos de 12 de enero de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

9. Con fecha 26 de marzo de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cirugía Cardiovascular. En él destaca que la arteriografía realizada en el Hospital "X" pone de manifiesto unas lesiones arterioscleróticas graves y extensas, que no

aparecen en horas, en días, ni en meses, sino en años de evolución. Considera que "cuando aparece en estas extremidades un cuadro isquémico agudo por una trombosis, las posibilidades de salvar la pierna son escasas, porque los pocos vasos que quedan permeables son de tan mala calidad que las posibilidades de éxito, aun actuando inmediatamente, son tan pocas que están condenadas al fracaso". Concluye el facultativo especialista que, en este caso, el posoperatorio de prótesis de rodilla se complicó con un cuadro de trombosis arterial y consiguiente isquemia de la extremidad, en un paciente con arteriopatía periférica grave, confirmada por el estudio de anatomía patológica de la pierna amputada; que la afectación arterial, se confirma con el estudio Doppler realizado en el hospital comarcal; que en el Hospital "X" se encargan del caso cirujanos vasculares que deciden realizar arteriografía, exploración más completa y que aporta más información que el Doppler; que los especialistas, a la vista de los resultados arteriográficos, deciden revascularizar la extremidad con pocas esperanzas de salvarla; que con la cirugía no se obtiene el resultado esperado, por lo que, para salvar la vida del paciente, sólo queda como solución amputar la pierna. Finalizan afirmando que la atención recibida por el paciente "ha sido la correcta y única posible en tiempo y manera".

10. Mediante escrito notificado al interesado el día 18 de abril de 2008 se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Con fecha 5 de mayo de 2008 se persona en las dependencias administrativas un letrado, que presenta poder notarial que acredita su representación, y obtiene una copia de aquél compuesto en ese momento por doscientos cuatro (204) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

11. Con fecha 6 de mayo de 2008, se presentan alegaciones en una oficina de Correos de Cangas de Onís. En dicho escrito el interesado se reafirma en su reclamación inicial y sostiene que "la dilación en la intervención quirúrgica en el (Hospital "X"), fue la que motivó el proceso que finalizó con la amputación".

Señala que adjunta un “informe preliminar, que más adelante será ampliado, con lo que se reserva expresamente esta posibilidad, y ello ante la falta material de tiempo para estudio en profundidad de la documentación aportada con el expediente”.

Mediante escrito notificado al reclamante el día 20 de mayo de 2008, el Instructor del procedimiento le concede un plazo de siete días para que presente el referido informe. El día 27 de mayo de 2008, el representante del interesado presenta un escrito en la oficina de Correos en el que manifiesta que ya adjuntaron “informe preliminar en su día, el 6 de mayo de 2008.

12. Con fecha 27 de junio de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que “los distintos informes obrantes en el expediente, incluido el informe pericial a instancia del reclamante, consideran adecuada la asistencia sanitaria recibida. Este informe tan sólo se cuestiona si la intervención quirúrgica por parte del Servicio de Cirugía Vascular debió hacerse con mayor premura, lo que hubiera aumentado su posibilidad de éxito. En este sentido, los restantes informes son claros y establecen que antes de decidir la conducta a seguir era totalmente necesario comprobar el estado del árbol vascular, lo que se hizo con carácter urgente ese mismo día, después de la práctica de unos estudios previos imprescindibles. Sólo entonces (...) se decidió elegir un procedimiento conservador e inmediatamente constatado el fracaso de esta cirugía se decidió utilizar el procedimiento radical de la amputación”. Coinciden los informes en que el resultado final del proceso, “no fue debido a una supuesta dilación en el tratamiento quirúrgico, sino al pésimo estado de la circulación del miembro afecto, como vendría a poner de manifiesto el informe anatomopatológico”.

Concluye manifestando que “en relación a la supuesta falta de valor de los documentos de consentimiento informado firmados por el reclamante, no se ha apreciado que se haya vulnerado en ningún momento del proceso asistencial el derecho a la autonomía del paciente”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de julio de 2008, registrado de entrada el día 28 de ese mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado 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 9 de agosto de 2007, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la atención sanitaria recibida en el Servicio de Urgencias del HC- el día 18 de abril de 2007, 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.

Ahora bien, 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.- Imputa el reclamante a la Administración los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la atención sanitaria prestada en dos hospitales de la red pública sanitaria. Manifiesta que el día 16 de abril de 2007 es intervenido en el Hospital "Y" de prótesis total de rodilla izquierda y que, ante los continuos dolores que padece, le realizan eco-Doppler que constata una alarmante reducción del riego sanguíneo, motivo por el cual es derivado al Hospital "X", donde ingresa a las cuatro de la mañana del día 18, sin que se actúe sobre el miembro inferior izquierdo hasta las 13:32 h del mismo día. En esencia, denuncia el perjudicado que ese lapso de tiempo determina la necesidad de amputación, y que tal retraso no se justifica, pues el diagnóstico venía ya realizado del Hospital "Y". Asimismo, afirma que en el Hospital "X" no se procedió a la amputación directamente, sino que antes le efectuaron un by-pass en la pierna que, dado el estado en que se encontraba, estaba condenado al fracaso, mencionando que "su única función es retrasar lo (...) inevitable".

La realidad de la amputación del miembro inferior izquierdo la acreditan los distintos informes médicos que obran en el expediente. Sin embargo, no han sido probados el resto de daños cuya indemnización solicita el interesado.

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.

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

En el presente caso, de lo actuado en el procedimiento se desprende que el interesado no pone en duda la oportunidad de la intervención quirúrgica a la que es sometido en el Hospital "Y" -la colocación de una prótesis total de rodilla izquierda-, y que reconoce que la trombosis posoperatoria es uno de los

posibles riesgos de este tipo de intervenciones, pues consta al efecto en la historia clínica del citado centro hospitalario el documento de consentimiento informado firmado por el paciente. Dicho extremo es analizado por el perito privado cuyo informe aporta el solicitante con la reclamación, que incluso añade “que en este caso (la posibilidad de complicación) se incrementó por la edad del paciente y el mal estado previo de sus arterias”, y que “por tanto no puede ser achacable a una mala praxis en la intervención de colocación de la prótesis”, manifestando, igualmente, que el medio diagnóstico para detectar la isquemia (eco-Doppler) ha sido correcto, así como la decisión de trasladarlo al Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital “X”.

Sin embargo, cuestiona el reclamante si la asistencia prestada en este Centro se realizó con la prontitud exigible, pues habiendo ingresado con el diagnóstico ya efectuado, entiende que el lapso de tiempo transcurrido hasta que se actúa sobre su pierna ha sido decisivo, determinando su amputación.

De la historia clínica del paciente en el Hospital “Y” se desprende que la ecografía Doppler se la realizan al día siguiente de la intervención de prótesis de rodilla con el fin de constatar el estado vascular de la extremidad inferior izquierda, evidenciándose con dicha prueba un “déficit de riego arterial”. En la madrugada del día 18 de abril (a las 2:15 horas) el paciente se queja de dolor y pérdida de sensibilidad en pierna y pie izquierdos, progresivos en las últimas horas, y sin respuesta a los analgésicos pautados, por lo que, ante la posibilidad de una isquemia arterial aguda que pudiera requerir intervención quirúrgica urgente, a las 3 de la mañana se decide su traslado de urgencia al Hospital “X”, lapso de tiempo razonable, pues entra dentro del periodo posoperatorio, como indican todos los informes incorporados por la Administración al expediente y decisión que también el reclamante considera acertada.

Por lo que se refiere a la asistencia sanitaria recibida en este centro hospitalario, el paciente es explorado en el Área de Urgencias a las 4:40 horas del día 18 de abril de 2007 y ciertamente, aunque ingresa con el diagnóstico ya realizado, como el mismo alega, no se actúa sobre la pierna hasta el mediodía. Ahora bien, comprobamos en la historia clínica del Hospital “X”, que, en el

momento del ingreso el paciente presenta anestesia y paresia del pie, sin dolor y un "relleno capilar aceptable"; tampoco tiene dolor a las 6:30 de la mañana, cuando sube a planta, lo cual, a la vista de sus antecedentes y del resultado de la ecografía Doppler -que, según informa el Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, es indicativo "no de la presencia de trombo fresco (que apuntaría a una embolia), sino de `ausencia de flujo en la arteria poplítea´", que "sugiere una enfermedad arterial crónica de base"-, hace que se siga "la sistemática habitual de trabajo para el manejo del empeoramiento clínico de las patologías arteriales crónicas (...), en consonancia con lo determinado en los diversos protocolos de actuación en Cirugía Vascular", es decir, completar los estudios del árbol circulatorio como paso previo y necesario para el diseño de la cirugía, pues, a juicio del facultativo señalado, en el presente caso "el transcurso de unas horas no tiene influencia en el resultado final", siendo en cambio determinante el estado de las arterias del paciente.

Así pues, a las 14:00 horas del día del ingreso, le realizan un examen para visualizar el estado de las arterias (arteriografía), que demuestra importantes lesiones arteriales de aspecto crónico. Así, el informe emitido a instancias de la aseguradora por un especialista en Cirugía Vascular indica que el paciente presentaba "unas lesiones arterioscleróticas muy graves y extensas que no aparecen" en horas, en días, ni en meses, sino en años de evolución".

En este mismo sentido concluye el Inspector de Prestaciones Sanitarias en su informe, al manifestar que este paciente presentaba una isquemia no aguda, sino "crónica en evolución desfavorable", siendo "la ausencia de dolor y un relleno capilar aceptable" los signos que abonaban esta tesis, confirmada posteriormente con el informe anatomopatológico del miembro amputado, que constata una "extensa e intensa arteriosclerosis calcificada".

Por tanto, todos los informes médicos obrantes en el expediente concluyen, al igual que el Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, que "no han sido las horas transcurridas desde el ingreso del paciente hasta la intervención, sino el pésimo estado de la circulación en su pierna izquierda, con

importantísimas lesiones arteriales crónicas, el que ha condicionado la mala evolución clínica con la pérdida de la extremidad”.

Asimismo, los especialistas de la asesoría privada recuerdan que el paciente contaba en el momento de la amputación con factores importantes de riesgo cardiovascular, como el tabaquismo, la hipertensión y la hipercolesterolemia, lo cual reducía el porcentaje de éxito de la cirugía revascularizadora, tal y como se informó al paciente y a su familia, según señala el Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul.

Señala el Inspector de Prestaciones Sanitarias que la decisión de realizar un by-pass, con el fin de agotar todas las posibilidades terapéuticas, antes del empleo de la exéresis quirúrgica, es recomendable como opción conservadora por todos los especialistas.

En definitiva, a la vista de la documentación clínica incorporada al expediente, podemos concluir que no ha sido el tiempo transcurrido desde el ingreso hospitalario hasta la amputación el culpable de la misma, y que por tanto, “a sensu contrario”, aunque se hubiese actuado unas horas antes en la mañana del día 18, no se habría evitado. El propio paciente indica en el escrito de reclamación que la amputación era “inevitable”; de la misma manera, el Inspector de Prestaciones Sanitarias señala en su informe que lo determinante ha sido la “entidad de la enfermedad isquémica que padecía”, unido a un “estado circulatorio pésimo del miembro afectado e importantísimas lesiones arteriales crónicas”. Es más, el especialista de la asesoría privada subraya, que la amputación tiene por objeto “salvar la vida” del paciente, siendo la atención sanitaria recibida “correcta y única posible en tiempo y manera”.

Con base en estas consideraciones, extraídas del examen de la historia clínica del reclamante y de los diferentes informes técnicos incorporados al expediente, consideramos que no ha quedado probada por el interesado la existencia de una mala praxis médica en el tratamiento de la complicación surgida tras la operación a la que fue sometido. En consecuencia, estimamos que los daños alegados no resultan imputables al servicio público sanitario, sino que son el resultado de una complicación posquirúrgica conocida por el

interesado, cuyo tratamiento se ha visto obstaculizado por el pésimo estado circulatorio que presentaban sus arterias, y que, lamentablemente, no es posible garantizar una asistencia sanitaria exitosa en todos los casos.

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 formulada 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.