

Expediente Núm. 314/2009
Dictamen Núm. 165/2010

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 22 de julio de 2010, 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 30 de junio de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la que considera deficiente asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 25 de septiembre de 2008, tiene entrada en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia recibida en un hospital de la red pública sanitaria.

El perjudicado inicia su relato refiriendo que el 25 de septiembre de 2007 ingresó en el hospital “aquejado de una lesión en la pierna derecha causada por una caída”, siendo diagnosticado de “`fractura trimaleolar tobillo derecho””, de

la que "es intervenido quirúrgicamente (...) el 2-10-2007", realizándosele "osteosíntesis".

Expone que "durante el postoperatorio apareció (...) necrosis en la cara interna del tobillo que evolucionó desfavorablemente llegando a afectar 1º y 2º dedo del pie derecho", y que el día 22 de octubre de 2007 es remitido "al Servicio de Cirugía Vascular (de otro hospital) para su evaluación y tratamiento", (donde se le) diagnostica "lesión de arteria pedia parcialmente compensada en paciente diabético" pautándole (...) "Hemovás 600 y curas con Betadine", siendo remitido al hospital en el que se encontraba ingresado ese mismo día.

Según relata, el día 31 de octubre de 2007 un facultativo le comunica que "debe proceder a cortar la parte interior del pie derecho por tratarse de "piel muerta", lo que realiza "con un "cutter" y una toalla y, sin aplicar anestesia ni adoptar medida aséptica alguna, procede a cortarle la piel "muerta" de más de la mitad del pie derecho", dejándole "un "pozo" en carne viva". Continúa diciendo que el día 2 de noviembre de 2007, el Jefe del Servicio de Traumatología le "pregunta "¿quién le ha cortado esto?". Al responderle (...) mueve ostensiblemente la cabeza con un gesto inequívoco en la cara de que no le gusta nada lo que está viendo. Posteriormente, a la hora de consulta con los familiares (el Jefe del Servicio) informa a la esposa del dicente de que hablará con la (doctora encargada) para que prepare los papeles para remitirme (a otro hospital), ya que la pierna presentaba ya un deterioro muy importante", donde ingresa "de urgencia" el día 5 de noviembre. Refiere que "en dicho centro hospitalario, tras realizar distintas pruebas diagnósticas se decide inicialmente intervenirle quirúrgicamente para amputarle los dedos 1º y 2º de pie derecho; programándose dicha intervención para el día quince de noviembre de dos mil siete (...). Sin embargo, ya en el quirófano, la doctora que iba a realizar la intervención se niega a practicar la amputación, aduciendo que la infección está muy extendida y que la amputación de los dedos no servirá para nada; por lo que entiende que lo procedente es amputar la pierna desde la rodilla".

Refiere que el día 16 de noviembre se procede a la “amputación infracondílea de miembro inferior derecho” (...). Tras el alta hospitalaria (...), el dicente siguió su proceso curativo (...), hasta que con fecha veintidós de febrero de dos mil ocho (...) le es dada el alta definitiva por el Servicio de Cirugía Vasculat (...) . También acude al Servicio de Prótesis, en el que sigue el tratamiento rehabilitador y de adaptación a la prótesis”, hasta que el día 1 de marzo de 2008 concluye dicho proceso, “siendo esa la fecha que se considera como de estabilización de las secuelas, aunque sigue con el tratamiento para su trastorno depresivo”.

Manifiesta el reclamante que “a la conclusión del proceso curativo (...), le han quedado las siguientes secuelas:/ Amputación infracondílea de miembro inferior derecho./ Síndrome depresivo reactivo”. A estos perjuicios añade los gastos derivados de la “adaptación del vehículo automóvil de su propiedad” y de la adquisición de un “asiento para bañera”, unas “muletas”, y “un sillón adaptado a sus necesidades”.

Considera que “las lesiones y daños materiales” son “consecuencia directa de la deficiente/negligente atención sanitaria prestada al dicente”, y solicita una indemnización de ciento cuarenta y cinco mil setecientos veintinueve euros con veintiún céntimos (145.729,21 €), que comprende los daños materiales y morales sufridos, 22 días de hospitalización, 75 días de curación impeditivos y 65 puntos de secuelas.

Solicita la práctica de la prueba documental, mediante la incorporación al expediente de su historial clínico en los diferentes centros sanitarios en los que se le asistió, y que “se recabe e incorpore informe escrito” (de los doctores del hospital en que se practicó la osteosíntesis a los que identifica) “sobre la evolución de la necrosis del paciente desde el día veintidós de octubre de dos mil siete hasta su remisión” al hospital en que se practicó la amputación, así como la testifical del paciente que compartía habitación con el perjudicado y que, según dice, presencié la cura practicada el día 31 de octubre de 2007.

Al escrito adjunta copia de las facturas correspondientes a los daños materiales reclamados.

2. Mediante escrito notificado el día 21 de octubre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 30 de octubre de 2008, la Directora de Gestión y Servicios Generales del hospital que practicó la osteosíntesis remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del reclamante junto con el informe del Servicio de Traumatología.

Constan en la historia clínica, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de consentimiento informado para la práctica de "osteosíntesis de fractura de tobillo" en la que se señala que "toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación de cada paciente -diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad (...)- lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (...). Las complicaciones de la intervención quirúrgica de osteosíntesis (...) pueden ser: (...) Infección a nivel de la herida operatoria (...). Necrosis cutáneas". Las firmas del paciente y de la doctora que proporciona la información figuran bajo los siguientes párrafos "he comprendido las explicaciones que se me han facilitado (...), y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas (...). Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento". b) Hojas de curso clínico con las siguientes anotaciones: "4-X-07 Bien, poco dolor. Afebril (...) Cura: Flictenas, más importante en cara interna, posterior a la herida quirúrgica. Cura con yodo y linitul en cara interna./ 6-X-07 Dedos bien. No dolor. Igual. Cura: Flictena maleolo interno, no tiene dolor al tocarla ¿necrosis definiendo? Resto, buen aspecto./ 7-10-07 Sentado, dedos bien./

8/X/07 Necrosis cutánea en (...) tobillo no delimitada. Afebril. Pte Rx (...).
9-10-07 Febrícula 37'5. Dedos bien. Se levanta al baño. Pte Rx./ 10-X-07
8 días. Afebril. Heridas bien, pero flictenas en lado externo -que se drenan- y
necrosis delimitándose en lado interno. Muy desanimado./ 12-X-07 Afebril, poco
dolor. Escaras delimitándose pero con buen aspecto. Permiso hasta domingo
por la tarde./ 15-X-07 Afebril. Cura: escaras no delimitadas. Heridas bien./
16-10-07 Curado ayer. Se abrió yeso por la noche. Dedos bien. Afebril./
17-10-07 Afebril. Quito puntos (...). 18-X-07 Afebril y no dolor. Curar mañana
para valorar evolución de necrosis./ 19-10-07 Cura de heridas: necrosis cutánea
en r. maleolar interna, posterior a cicatrización que mide 2x3 cm aprox.
Cianosis en pulpejo de 2º dedo y también en el 1º, anestesia en pulpejo de 1º,
2º y 3º dedos./ 20-X-07 Dedos cianóticos. Pulso poplíteo +. Valorar por Cirugía
Vascular el lunes?/ 21-X-07 dice que no nota pulpejos, ya desde hace tiempo
(resto ilegible)./ 22-10-07 Pte de hablar con Dra. (...) para decidir C. a
Vascular./ Presenta isquemia región interna tobillo que se extiende a 1º y 2º
dedos, remito C. Vascular (...). 22-X-07 Ha vuelto de C. Vascular. Ver informe./
24-X-07 Parece que la lesión necrótica de los dedos es menor. Zona maleolo
interno ha mejorado mucho delimitándose las regiones necróticas (que además
parecen superficiales)./ Puede comenzar a caminar sin apoyo. Se retira férula y
se coloca vendaje 'flojo'./ 25-10-07 Se levantó y caminó con bastones./ Cianosis
de 2º y 1º dedos. Refiere hipoestesia en 2º dedo./ Valorar permiso (de) fin de
semana./ 26/X/07 Mejor. Mover./ 27-X-07 Parece que mejora poco a poco.
Solicito Rx./ 28-X-07 Bien, dedos igual./ 29-X-07 Cura: delimitándose necrosis;
recortar algunas zonas en la herida? Dedos delimitándose también necrosis./
30-10-07 Curado ayer./ 31-X-07 Escara delimitada. Extirpo escara y curo con
Furacin./ 2-XI-07 Ayer desbridado escara, bastante profunda pero limpia. Se
cura con Furacin./ El 1º dedo parece estar mejor, pero el 2º está más 'oscuro'./
2/XI/07 (ilegible)./ 3-11-07 Afebril. Pulpejo del 2º dedo y del 1º dedo sin
sensibilidad. Lecho oscuro sin exudados. Se cura con Furacin. Dice que ayer le
dijeron que el lunes se comentaría la posibilidad de valoración por C. Plástica./
4-XI-07 Igual; curado ayer con buen aspecto. Afebril. Curar mañana. Dedos

igual./ 5-11-07 Cura de heridas de tobillo. Pte comentar Dra. (...). Mala evolución de fondo de escara y dedos. Se remite Sº Cirugía Vascolar y Plástica”.

En el informe del Servicio de Traumatología, de fecha 28 de octubre de 2008, se refiere que el perjudicado, entre cuyos antecedentes personales se reflejan “diabetes mellitus insulino dependiente” y “transplante hepático hace dos años”, acude a Urgencias el día 25 de septiembre de 2007 “refiriendo caída casual con torsión del tobillo derecho (...), se aprecia tumefacción y deformidad sin (...) signos de lesión vascular aguda./ En la Rx se objetiva fractura maleolar tobillo derecho./ Con el consentimiento informado del paciente y tras ser valorado por los Servicios de Anestesia y Digestivo, el 2-10-07 (...) es intervenido. Previamente se valoró el estado de la articulación bajo control de escopia, considerándose aceptable la reducción conseguida bajo manipulación, por lo que se procedió a la cirugía (...). Durante el postoperatorio el paciente es seguido y tratado por el S. de Endocrino, además de ser valorado y curado diariamente por el S. de Traumatología./ El día 4-10-07 se aprecia la presencia de flictenas en cara interna y externa del tobillo. La flictena externa se drena el día 10-10-07 pero la flictena de la cara interna evoluciona a necrosis cutánea./ El día 19-10-07 se aprecia cianosis del pulpejo del 1º y 2º dedos. Ante este hallazgo y la evolución desfavorable de la escara interna del tobillo el día 22-10-07 se remite al S. de Cirugía Vascolar de Asturias (*sic*) para valoración y tratamiento (...). Fue diagnosticado de lesión de la arteria pedia parcialmente compensada en paciente diabético, recomendándose Hemovás 600 y curas con Betadine./ Se continuaron las curas diarias, siguiendo las recomendaciones (...), apreciándose una aparente mejoría clínica y delimitándose la zona de necrosis./ El día 31-10-07, se procedió al desbridamiento de la escara, apreciándose en las curas de los días siguientes que el fondo es profundo pero limpio./ El día 2-11-07 parece que vuelve a empeorar la cianosis del 2º dedo./ El 4-11-07 la escara presenta aún buen aspecto, pero el 5-11-07 vuelve a presentar mala evolución, así que dado el empeoramiento del paciente, se remite de nuevo (...) para valoración por los Servicios de Cirugía Vascolar y Plástica”.

4. Con fecha 29 de octubre de 2008, el Secretario General del hospital en que se practicó la amputación remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del reclamante, en la que se incluyen hojas de curso clínico con las siguientes anotaciones: "5/11/07/. Ingreso/ Paciente (...) 52 años que tras Fx trimaleolar tobillo dcho. aparecieron lesiones en cara int. pie, a nivel de maleolo int. y necrosis 1^{er} y 2^o dedos./ Úlcera necrótica profunda de unos 10x10 con (...) necrosis 1^{er} y 2^o dedos (1^{er} aún por delimitar) en MID (...). Plan: Arterio si es posible viabilidad pie./ A según viabilidad IC o digital./ Informado paciente y familia del alto riesgo de pérdida de extremidad (...).8/XI/07 Arteriografía MID (...). IRx Permeabilidad iliaca y femoropoplítea. Obstrucción de tibial posterior y permeabilidad de t. anterior y peroneo./ Hipervascularización en parte posterior de tobillo probablemente por proceso inflamatorio dependiente de fractura previa./ 9-11-07 Lesiones importantes de gangrena húmeda en dedos pie der. con gran placa necrótica maleolar y submaleolar interna. Ahora no está en condiciones para terapia VAC necesita A digital previa y limpieza (...). 12/11/07 (...).Quirófano. Yo creo que pasa a amputación M infracondilea (...) tobillo necro que afecta hasta hueso. Hablo familia y suspendo A dedos (...). 16-11-07 Informo (...) de la posibilidad de hacer la amputación por debajo rodilla MID esta tarde. Acepta. Ya estaba informado". Constan asimismo en la historia clínica, una hoja de "control de urgencias" de fecha 5 de noviembre de 2007 en la que se anota "fractura trimaleolar tobillo dcho. el 25/9/07, osteosíntesis (...). En postoperatorio apareció área necrosis en cara int. de tobillo y 1^{er} y 2^o dedos, valorado por C. Vascular siendo diagnosticado de A. pedia parcialmente compensado, recomendado tto. con Hemovás y Betadine curas"; y el informe de alta del Servicio de Cirugía Vascular, fechado el 26 de noviembre de 2007, en el que se refleja que el paciente "fue valorado por el S^o de Prótesis con cita (...) el 17/12/2007" y, entre otras, las siguientes recomendaciones al alta: "acudirá a revisión de Cirugía Vascular I (...) el 22/02/2008".

5. Con fecha 31 de octubre de 2008, Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Jefe del Servicio de COT del hospital en que se

practicó la osteosíntesis un escrito en el que se solicita la remisión de un informe que no se limite “a transcribir el informe de alta”, sino que analice las alegaciones realizadas por el interesado en el escrito de reclamación, “sobre todo teniendo en cuenta que para corroborarlo solicita una testifical cuya realización debemos valorar con arreglo a lo que ese servicio nos informe”.

6. Con fecha 12 de noviembre de 2008, el Secretario General del hospital en que se practicó la amputación remite al Servicio instructor informe del Servicio de Cirugía Vasculat.

En el mismo, de fecha 10 de noviembre de 2008, se refiere que cuando el paciente fue remitido “con carácter de urgencia” desde el Servicio de Traumatología del otro hospital, “presentaba lesiones de gangrena isquémica en cara interna del pie derecho que comprometían al 1º y 2º dedos así como a la zona maleolar (la nota clínica del ingreso hecha en la hoja de `Curso Clínico` dice: `úlcerat necróticat profunda de unos 10 x 10 cm y necrosis de 1º y 2º dedos`. / A la vista de las lesiones, en el momento del ingreso, se establece un plan de actuación que implica la realización de una angiografía y de resultados de la información que proporcionase, la práctica de una amputación mayor (pierna) o menor (dedos) según la viabilidad que demuestre el miembro afecto. En ese momento ya se le expone al paciente, y a la familia acompañante, el alto riesgo de pérdida de la extremidad./ El 08/11/2007 se practicó estudio angiográfico en el que se demostró obstrucción de la arteria tibial posterior en pie derecho (...). La evolución del pie afecto es desfavorable y condiciona la indicación de una exéresis parcial que es descartada en el propio quirófano, habida cuenta del importante deterioro que reflejaba el pie. El día 16/11/2007 se practica amputación infracondílea de extremidad inferior derecha (existe consentimiento informado en la Hª Clínica), de la que hace un curso postoperatorio dentro de la normalidad hasta el momento de ser alta hospitalaria el día 26/11/2007”.

7. Con fecha 27 de noviembre de 2008, la Directora de Gestión y Servicios Generales del hospital en que se practicó la osteosíntesis remite al Servicio instructor el nuevo informe de Traumatología.

En el mismo, suscrito por el Jefe del Servicio y dos especialistas más el día 21 de noviembre de 2008, se expresa que "el Dr. (...) que visitó al paciente el 31/10/07, valoró la necesidad de desbridamiento de la escara. El especialista que pasa la visita tiene criterio y autonomía para decidir el tipo de tratamiento, ya que los pacientes son seguidos por un equipo y no por un solo doctor (...). El desbridamiento de la escara del maleolo interno del tobillo fue realizada por el Dr. (...) y el personal de enfermería siguiendo el protocolo del hospital, que incluye el lavado de manos, y el uso de guantes, paños y bisturí estériles. De hecho no existen `cutter` en el (hospital), y en ningún caso se utilizan toallas a tal fin./ En el desbridamiento de escaras necróticas no se utiliza ningún tipo de anestesia de forma rutinaria, porque el dolor indica cual es la zona sana, y ese es el límite del desbridamiento, por lo que en ningún momento se reseco `más de la mitad de la piel del pie derecho`, sino sólo lo necesario./ A lo que el paciente se refiere como `pozo en carne viva` es el resultado deseable del correcto desbridamiento de una escara necrótica, un fondo `limpio y sangrante`. La escara desbridada presenta una evolución correcta los días siguientes. El día 4/11/07 aún presentaba buen aspecto según las anotaciones del curso clínico. Es el día 5/11/07 cuando se aprecia empeoramiento, y ese mismo día se decide el traslado al Hospital/ En el momento del traslado el paciente presenta cianosis en 2º dedo y mala evolución de úlcera en maleolo interno, lo que no se puede traducir como `deterioro muy importante de la pierna`. Debe tenerse en cuenta que se trata de un paciente con tratamiento inmunosupresor y diabético. En la literatura se recoge que la tasa de complicaciones, tras fractura de tobillo en pacientes diabéticos es mayor (37% de riesgo de necrosis y 3% de amputación) y que hasta el 70% de las amputaciones se producen por causas relacionadas con la diabetes".

8. Con fecha 11 de diciembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, describe los hechos y procede a su valoración, señalando que “las fracturas trimaleolares (...) son siempre graves y de pronóstico funcional reservado, pues una de las características de estas fracturas es la gran destrucción tisular del hueso y de las partes blandas, así como su asiento en una zona con abundancia de tejido fibroso y donde existen numerosos tendones, lo que facilita la aparición de complicaciones infecciosas (...). Cuando las condiciones locales no son buenas (hematoma, edema, etc.) el tratamiento consistirá en la reducción manual de la fractura y contención con vendaje compresivo y, transcurridos unos días (8-10), realizar tratamiento quirúrgico mediante la colocación de placas o tornillos con los que se suele conseguir la estabilidad absoluta de la articulación (...); el tratamiento quirúrgico de estas fracturas no está exento de complicaciones, entre las cuales las infecciones son las más frecuentes”. Concluye el Inspector que “la valoración del paciente a su ingreso en el hospital, así como el tratamiento inicial de la fractura fueron correctas (...). En el postoperatorio el paciente fue seguido y tratado por Endocrinología y valorado y curado diariamente por el Servicio de Traumatología, a pesar de lo cual aparecieron flictenas en las caras interna y externa del tobillo con una evolución hacia la necrosis cutánea junto con claros signos de isquemia, que según indicación del Servicio de Cirugía Vascular fueron tratados con vasodilatadores y curas locales (...). Pese al tratamiento pautado y proceder al desbridamiento de la escara con las debidas condiciones de asepsia y siguiendo escrupulosamente los protocolos establecidos al efecto, su evolución fue desfavorable asociándose a ello la aparición de signos de isquemia, lo que motivó su envío al Servicio de Cirugía Vascular”. A lo anterior añade que, en el caso analizado, “si el resultado no fue el deseable y esperado, ello se debió a la aparición de complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico que contempla la necrosis cutánea como uno de los riesgos típicos del mismo en el documento de consentimiento informado que el paciente hubo de firmar antes de operarse, y a las características de este tipo de fracturas y de la zona

anatómica en la que asientan. Esta complicación, que en definitiva sería la responsable de las secuelas que presenta el paciente, se ha visto favorecida, sin duda, por las condiciones personales del paciente, con una patología concomitante –diabetes y tratamiento de inmunosupresión por trasplante hepático- que interfieren los procesos de reparación tisular y los mecanismos de lucha contra la infección del propio organismo agravados por los trastornos circulatorios propios de una isquemia de IV grado”, concluyendo que “la actuación de los profesionales implicados fue correcta y ajustada a la lex artis. El tratamiento efectuado era indicado en cada momento de la evolución de la lesión; la técnica quirúrgica empleada estaba indicada y su ejecución fue irreprochable”.

9. Mediante escritos de 16 de diciembre de 2008 y 29 de enero de 2009, 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.

10. Con fecha 22 de marzo de 2009 emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cirugía Cardiovascular. En el mismo se señala que “la lesión de la arteria tibial posterior, pudo producirse bien por el propio trauma o por arteriopatía previa al traumatismo y que se agrava por el mismo, de esa arteria depende la irrigación del tobillo y del borde interno del pie, por tanto no es raro que al quedar isquemia esa región anatómica se produzca necrosis de la misma. Complicación que se contempla en el consentimiento informado./ La única manera de tratar escaras es desbridando y extirpando las zonas necrosadas, como así se hizo, en muchos casos no es necesario el uso de anestésicos y las curas se pueden realizar en la cama del paciente, guardando las debidas medidas de asepsia y esterilidad. Actuación correcta”. Asimismo pone de manifiesto que “el paciente fue atendido por especialistas en cirugía vascular en dos ocasiones”, y concluye finalmente que “la evolución postoperatoria no es consecuencia de una mala

praxis, sino de las características de la fractura y del propio paciente, diabético e inmunodeprimido, situaciones que favorecen la infección y retrasan la cicatrización”.

11. Mediante escrito de fecha 6 de abril de 2009, se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 27 de abril se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente completo, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

12. Con fecha 4 de mayo de 2009, el reclamante presenta en una oficina de Correos un escrito de alegaciones en el que sostiene que “no consta que se haya informado al exponente, por más que de adverso se afirme lo contrario, de que la intervención quirúrgica realizada con fecha dos de octubre de dos mil siete (...) conllevara como riesgo la amputación de la pierna. Siendo lo cierto, en todo caso, que la intervención no revestía carácter de urgencia; según se infiere del hecho de que la lesión se produce con fecha veinticinco de septiembre de dos mil siete (...) y la intervención no se programa y realiza hasta el día dos de octubre de dos mil siete (...). La falta de consentimiento informado sobre este extremo es de por sí suficiente para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria”. A lo anterior añade que “el resultado es desproporcionado a la lesión originaria (...), sin que conste que en el seguimiento del postoperatorio se haya actuado con la debida diligencia para evitar el `fatal` resultado (...). Así no consta que el paciente haya sido debidamente valorado y tratado desde que se observan los primeros problemas vasculares (22-10-2007) hasta que se procede a la amputación de la pierna (16-11-2007). En otras palabras, no consta que se hayan adoptado las medidas diagnósticas y terapéuticas procedentes para evitar la amputación”. Finaliza diciendo que “no cabe imputar el resultado a la patología previa del paciente; cuando tal hecho era sobradamente conocido por los Servicios

Médicos, y debió conllevar una especial atención a la evolución del postoperatorio”.

13. Con fecha 8 de junio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Considera que el resultado “no fue el deseable y esperado, pero ello no puede ser achacado a una deficiente asistencia médica que fue correcta y ajustada a la *lex artis*, ya que el tratamiento efectuado era el indicado en cada momento de la evolución de la lesión” sino que “se debe más bien a la materialización de uno de los riesgos típicos o complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico realizado, que contempla la necrosis cutánea como uno de los riesgos típicos del mismo en el consentimiento informado que el paciente hubo de firmar antes de operarse y a las características de la propia lesión y de la zona de asiento de la misma. Esta complicación (...) se ha visto favorecida, sin duda, por las condiciones personales del paciente, con una patología concomitante -diabetes y tratamiento de inmunodepresión por trasplante hepático- que interfieren los procesos de reparación tisular y los mecanismos de lucha contra la infección del propio organismo agravados por los trastornos circulatorios propios de una isquemia de IV grado”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de junio de 2009, registrado de entrada el día 6 de julio del mismo año, 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 25 de septiembre de 2008, habiendo tenido lugar la amputación infracondílea por la que se reclama el día 16 de noviembre 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.

No obstante, hemos de señalar la omisión de actos expresos de tramitación e instrucción tales como la resolución de apertura del preceptivo periodo de prueba, determinación de su plazo y admisión o, en su caso, denegación expresa y motivada de las pruebas propuestas, en los términos de lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. En efecto, propuesta por el reclamante la práctica de una prueba testifical al objeto de acreditar las circunstancias en que se produjo la cura practicada el 31 de octubre de 2007, nada ha sido resuelto por la Administración actuante. No obstante, teniendo en cuenta lo señalado por el servicio responsable en cuanto a las condiciones en que se realizó el desbridamiento de la escara necrótica, este Consejo Consultivo no aprecia razones para suponer que en el caso de que se hubiera abierto el oportuno periodo probatorio se habría modificado el resultado final. Este mismo juicio debió realizarlo, aunque implícitamente, el instructor, pues en la solicitud de informe que dirige al servicio responsable expresa que el reclamante "solicita una testifical cuya realización debemos valorar con arreglo a lo que ese servicio nos informe". A la misma consideración conducen las conclusiones sentadas a propósito de la práctica de la intervención de desbridamiento de escaras en los distintos informes incorporados al expediente y el hecho de que nada ha sido alegado a este

respecto por el interesado en el escrito presentado en el trámite de audiencia. Por estas razones, y en aplicación de un principio de economía procesal, como ya hemos señalado en anteriores dictámenes, no cabe estimar necesaria la retroacción de actuaciones pues, de subsanarse el defecto procedimental, es de prever, en buena lógica, que se produciría la misma propuesta de resolución.

Sin perjuicio de lo expuesto, y aun cuando no se han formulado alegaciones por el reclamante, no deberá dictarse resolución que ponga fin al procedimiento en vía administrativa sin que en ella se motive cumplidamente la falta de práctica de prueba, de conformidad con la norma antes citada, en aras de la ineludible preservación del principio de contradicción y del derecho de defensa del interesado. Observación ésta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

Por último, 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.- Interesa el reclamante una indemnización por la amputación infracondílea de su pierna derecha que achaca a una atención sanitaria que reputa deficiente. Los daños cuyo resarcimiento solicita son los correspondientes a secuelas, días de incapacidad, y daños morales y materiales.

Por lo que a la realidad del daño se refiere, resulta del expediente que efectivamente se practicó al perjudicado la amputación infracondílea mencionada, por la que estuvo hospitalizado hasta el 26 de noviembre de 2007, y consta que para su recuperación se pautó al interesado rehabilitación en el Servicio de Prótesis, aunque de la historia clínica no resulta la fecha de alta por parte de este último Servicio. Respecto del daño moral, resulta comprensible que la amputación haya ocasionado al perjudicado un trastorno emocional, aunque no puede presumirse, en ausencia de prueba por parte del interesado, que aquél tenga el alcance que el perjudicado pretende, esto es, un “síndrome depresivo reactivo” estabilizado como secuela. Finalmente, los daños materiales que se reclaman han resultado debidamente justificados mediante factura.

Ahora bien, la mera constatación de la existencia de un daño individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público y que el perjudicado no tenía el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de manifestar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por 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 escrito de reclamación el perjudicado centra sus alegaciones en la cura practicada en la habitación del hospital el día 31 de octubre de 2007, de la que dice que se practicó “sin aplicar anestesia ni adoptar medida aséptica alguna”, cortando la piel de “más de la mitad del pie derecho” y dejándole “un ‘pozo’ en carne viva”.

Frente a las imputaciones del reclamante todos los informes coinciden en afirmar que la práctica de aquella cura, consistente en el desbridamiento de la escara necrótica, se ajustó a la *lex artis*, pues, como se señala en el segundo informe del Servicio de Traumatología suscrito, entre otros facultativos, por el Jefe del Servicio, se realizó “siguiendo el protocolo del hospital” en lo que a condiciones de asepsia se refiere, y empleando el dolor como indicador del “límite del desbridamiento”, para no afectar a la zona sana, lo que justifica que la cura se practicase sin anestesia. Como se señala en el informe del servicio responsable antes citado, el propio aspecto de la herida una vez desbridada la escara en la superficie necesaria -en palabras del perjudicado, un “‘pozo’ en

carne viva"-, lejos de indicar una mala praxis evidencia que la cura ha sido correctamente realizada.

Tras obtener una copia del expediente en el trámite de audiencia, el reclamante varía la dirección de sus alegaciones. Afirma entonces que la osteosíntesis que se le practicó "no revestía carácter de urgencia" y que, pese a ello, no se le informó con carácter previo de que la práctica de dicha intervención conllevaba el riesgo de amputación. Considera que "el resultado es desproporcionado" y que la Administración no ha probado que "en el seguimiento del postoperatorio" se haya actuado con la "debida diligencia" para evitar la amputación. Manifiesta que "no consta" que el paciente haya sido "debidamente valorado y tratado desde que se observan los primeros problemas vasculares (22-10-2007) hasta que se procede a la amputación" y juzga que su patología de base "debió conllevar una especial atención a la evolución del postoperatorio".

Por lo que al derecho de información sanitaria se refiere, el artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, obliga a facilitar a los pacientes, con carácter general, y "con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma". Esta información comprenderá "como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias" y, según el artículo 8.2 de la misma Ley, deberá prestarse por escrito en los casos de "intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente".

El objeto de la información sanitaria, dejando al margen la finalidad y naturaleza de la intervención, a los que no se extiende la controversia en este caso, son los "riesgos", "consecuencias" o, en otras palabras, los "inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente".

Atendiendo al mandato legal y según resulta del documento de consentimiento informado que, suscrito por el reclamante, obra en su historia clínica, se informó a éste con carácter previo de que la cirugía de osteosíntesis podía producir, entre otras complicaciones, “infección a nivel de la herida operatoria” o “necrosis cutáneas”. En el caso que analizamos se produjo una necrosis del tejido circundante a la herida quirúrgica, contemplada como riesgo típico en el documento de consentimiento informado, que tuvo una evolución tórpida terminando en gangrena húmeda. La amputación de la pierna no constituye, como pretende el perjudicado, un riesgo de la intervención de osteosíntesis, sino una medida terapéutica que tuvo que adoptarse ante la materialización de un riesgo de la cirugía previamente consentida por el paciente. Por ello, la información suministrada al paciente en este caso ha de considerarse correcta, sin que quepa efectuar tacha alguna a propósito del deber de información sanitaria.

Puesto que el daño sufrido obedece a la materialización de algunas de las complicaciones quirúrgicas típicas, previamente definidas y consentidas, no resulta de aplicación al caso que analizamos la doctrina jurisprudencial del “resultado desproporcionado” que parece querer invocar el reclamante y, por tanto, no se produce la inversión de la carga de la prueba que tal consideración conlleva, correspondiendo al reclamante probar que existe nexo causal directo e inmediato entre la actuación sanitaria y el daño producido.

En lo que a tal cuestión se refiere, frente a la ausencia total de actividad probatoria de parte, los distintos informes obrantes en el expediente coinciden en señalar que la actuación sanitaria se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc*, tanto en la indicación y práctica de la osteosíntesis como en la atención postoperatoria. Desde que aparecen los primeros signos de necrosis la lesión es objeto de atento seguimiento, practicándose las curas pertinentes prácticamente a diario y vigilando el estado del pie con especial atención a los dedos, como evidencian las anotaciones de la hoja de curso clínico de Traumatología. Cuando se manifiestan los primeros signos de isquemia se actúa con diligencia, remitiendo al paciente al Servicio de Cirugía Vasculardel otro

hospital en el que es diagnosticado, pautándose un tratamiento que se aplica en el centro hospitalario de origen en los días siguientes con éxito inicial, resultando en este sentido significativas las anotaciones de las hojas de curso clínico de Traumatología correspondientes a los días 24 de octubre de 2007: "parece que la lesión necrótica de los dedos es menor. Zona maleolo interno ha mejorado mucho delimitándose las regiones necróticas (que además parecen superficiales)./ Puede comenzar a caminar sin apoyo"; 25 de octubre de 2007: "valorar permiso de fin de semana"; 26 de octubre de 2007: "mejor"; 27 de octubre de 2007: "parece que mejora poco a poco"; 28 de octubre de 2007: "bien, dedos igual". El día 31 del mismo mes se desbrida la escara apreciándose que es "bastante profunda pero limpia". El doctor que le atiende aprecia incluso "buen aspecto" de la herida el día 4 de noviembre de 2007, constatándose sin embargo al día siguiente una "mala evolución de fondo de escara y dedos", por lo que se remite el paciente de nuevo al Servicio de Cirugía Vascular. Como resulta de las anotaciones de la hoja de curso clínico de este Servicio, ya el mismo día del ingreso, esto es, el 5 de noviembre de 2007, se informa al "paciente y familia del alto riesgo de pérdida de la extremidad", y aunque inicialmente se propone como tratamiento la amputación de los dedos 1º y 2º del pie, dicho plan se reconsidera en el propio quirófano ante la gravedad de las lesiones, pautándose la amputación de la extremidad por debajo de la rodilla, que el paciente acepta.

Finalmente, todos los informes coinciden en señalar que patología antecedente del perjudicado -diabetes y transplante hepático tratado con inmunopresores- ha influido en la tórpida evolución de las lesiones. Frente a lo que afirma el perjudicado, el conocimiento de tales antecedentes personales y la prestación de una asistencia personalizada en función de aquéllos no puede eliminar la materialización de ciertos riesgos, cumpliéndose el estándar exigible, como antes hemos señalado, siempre que se pongan a disposición del paciente todos los medios disponibles para alcanzar su curación, aunque no pueda garantizarse el resultado.

Por todo lo anterior, no puede entenderse que la actuación sanitaria haya sido contraria a la *lex artis*, faltando el imprescindible nexo causal entre la intervención del servicio público sanitario y el resultado dañoso finalmente producido, que no resulta antijurídico.

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

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.