

Expediente Núm. 151/2015
Dictamen Núm. 186/2015

V O C A L E S :

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

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de octubre de 2015, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 31 de agosto de 2015 -registrada de entrada el día 17 de septiembre de 2015-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos tras una intervención de cadera que derivó en la amputación de la pierna.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 20 de febrero de 2014, el interesado presenta en las oficinas de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de una intervención de cadera en el Hospital “X” que derivó en la amputación de una pierna.

Expone que como consecuencia de un traumatismo ingresa el día 21 de enero de 2013 en el hospital para ser intervenido de "fractura de cuello femoral izquierdo", lo que tiene lugar el día 25 de ese mismo mes. Señala que debido a una luxación (anotada por enfermería el "29 de enero, a la 1:05 horas") se intenta una reducción en planta "a las 8:30", sin éxito, por lo que se procede a una "reducción bajo sedación en el quirófano (...) esa misma mañana a las 10:58", y añade que fue objeto de dos transfusiones por presentar niveles de "hemoglobina bajos" -una con fecha 29 de enero y la otra el día 31-, "no existiendo más analíticas en la (historia clínica) desde el 1 (de) febrero".

Manifiesta que "el día 2 (de) febrero existe una anotación en la que por primera vez se habla de 'ligera paresia del CPE' (...). Posteriormente aparecen menciones a una lesión de la raíz de L5 (...) y el 4 (de) febrero hay una anotación (...) haciendo referencia a una úlcera necrosada en el talón derecho". Precisa que el día "9 (de) febrero se habla de cura de úlcera en el talón" y el "13 (de) febrero se indica que el paciente está sin dolor pero que no colabora para la deambulacion, situación que persiste al día siguiente", especificándose "que es por 'pie caído'./ Ese día, 14 (de) febrero, a las 13:27 horas se le hace una cura, hablándose de bordes necróticos en una úlcera a nivel del maléolo externo, mientras que a las 19:45 existe una anotación de enfermería en la que se habla de que el paciente ha sido examinado por el (...) traumatólogo por cianosis en el pie que mejora al acostarse". Reseña que al día siguiente el traumatólogo anota, "a las 10:22 horas, que el pie presenta una coloración azulada sin dolor y sin frialdad, en posible relación con trastorno circulatorio venoso previo", y resalta que "en ningún otro lugar de la (historia clínica) previa" se hace referencia alguna a este trastorno. Consigna que a las "13:46 horas" enfermería anota "pie izquierdo frío y necrótico", subrayando que a pesar de ello "hasta casi 24 horas después el paciente no es nuevamente examinado por ningún médico", dado que el siguiente apunte lo realiza el traumatólogo el "16 (de) febrero (...) a las 12:00 horas", al reflejar "cianosis severa en el primer dedo del pie".

Ante la gravedad, es trasladado a las 12:56 horas al Hospital "Y", y a las 15:00 horas se le diagnostica una "obstrucción femoropoplítea bilateral con isquemia aguda evolucionada de miembro inferior izquierdo irreversible", indicándose amputación" supracondílea de la pierna izquierda, que se practica el 21 de febrero.

Por último, pone de relieve que tras su ingreso el 11 de marzo de 2013 "en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital "Z'" se descartó definitivamente la posibilidad de prótesis, siendo alta el día 9 de abril de 2013.

Sobre la relación causal del daño con la actividad del servicio público sanitario, afirma que "se le causa una lesión neurológica cuya primera referencia aparece el día 2 (de) febrero", y presume que ello se produjo "durante las maniobras de reducción tras la luxación". Asimismo, entiende "que existe un retraso inexplicable en la reducción de la luxación, unas 12 horas, lo que puede claramente haber contribuido a la aparición de la lesión vascular y de la lesión neurológica", y sostiene que la lesión del nervio pudo, a su juicio, "enmascarar un proceso de isquemia que en condiciones normales sería detectable fácilmente por ser muy doloroso". Asegura que "en el curso clínico no consta ni se recoge ninguna referencia a un dolor intenso y (que) eso denota una evidente lesión neurológica".

También considera que es una cuestión "fundamental" la suspensión del tratamiento previo con "Adiro 100 mg" que se produce el día 31 de enero "sin que en ninguna parte se explique la razón de tal suspensión", aclarando que fue sustituido por heparinas pero que estas no tienen "el efecto antiagregante plaquetario" de aquel.

Igualmente, estima inadecuado el seguimiento de "la anemia posoperatoria", que "puede empeorar y agudizar un cuadro de isquemia crónica", y califica de incorrecto el hecho de que "a partir del día 1 (de) febrero no se le realizan al paciente más analíticas", lo que motivó una nueva transfusión "antes de la cirugía de amputación./ Para un paciente de la edad del dicente, que manejaba concentraciones de 12,2 g/dl en el momento del ingreso, estos niveles pueden no ser suficientes para la correcta perfusión

tisular distal, tanto de las piernas como de ciertas áreas cerebrales, siendo esto último algo que podría justificar las anotaciones de cuadros de desorientación y falta de colaboración (...), nuevos datos que deberían haber alertado sobre el estado del mismo”.

Afirma que la historia clínica “denota claramente una actitud negligente y atentatoria contra la correcta praxis profesional” que originó el grave daño sufrido, “con unas consecuencias presentes y futuras de extrema gravedad”.

Sin cuantificar el daño, propone prueba documental, consistente en “la historia clínica completa” del paciente obrante en los tres hospitales que han intervenido en la atención prestada, y “pericial técnica, con carácter subsidiario para el caso de que no sea acordado el procedimiento abreviado, a fin de que el médico especialista en Traumatología (...), sobre cuyo examen de la historia clínica (...) se fundamenta la exposición fáctica y las conclusiones de este escrito, emita informe pericial médico, que sea aportado al procedimiento”.

2. Mediante oficio de 26 de febrero de 2014, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios.

3. Con fecha 11 de marzo de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario notifica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -“4 de marzo de 2014”-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Además, le requiere para que en el plazo de diez días proceda “a la cuantificación económica del daño” o indique “las causas que motivan la imposibilidad de realizarla”.

El día 14 de marzo de 2014, el perjudicado valora el daño sufrido en un importe total de trescientos setenta y siete mil trescientos euros con setenta y seis céntimos (377.300,76 €), con base en lo dispuesto en “la Resolución de 21 de enero de 2013, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones”.

4. Mediante oficio de 28 de marzo de 2014, el Gerente del Área Sanitaria VI remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital "X", así como los informes elaborados por la Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería y los Servicios de Urgencias y de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

La Directora de Gestión de Cuidados y Enfermería indica que "las valoraciones e intervenciones del personal de enfermería han sido realizadas de manera correcta", precisando que "realizó y registró su trabajo atendiendo siempre a los criterios de calidad y seguridad" y que "comunicó de manera adecuada a los facultativos responsables del paciente todas las incidencias que se fueron produciendo".

El informe del Servicio de Urgencias se limita a señalar que el interesado ingresó el día 21 de enero de 2013 tras sufrir un traumatismo en cadera izquierda, y que, establecido el diagnóstico de fractura de cuello de fémur, procede a solicitar "las pruebas obligadas para el preoperatorio", siendo alta en dicho Servicio porque pasa a planta ese mismo día.

El Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología afirma que "los acontecimientos se desarrollaron tal y como el paciente especifica en su reclamación", aunque "es posible que exista discrepancia en las horas que figuran", pues manifiesta no tener acceso en ese momento a determinados datos del programa informático.

Sobre el estado previo del paciente, pone de relieve que, según la valoración preanestésica, tenía antecedentes de "adenocarcinoma prostático, accidente cerebrovascular hace años, AC x FA y arterioesclerosis periférica, y en el apartado de hábitos tóxicos consumo de alcohol y tabaco", consignando que el Servicio da "el visto bueno con una clasificación de riesgo preoperatorio ASA III y entre paréntesis anota paciente con enfermedad sistémica severa".

Por lo que se refiere a las imputaciones que realiza, deja constancia de que "durante el ingreso se solicitaron (...) 8 hemogramas y requirió la transfusión de 5 concentrados de hematíes", aclarando que aunque "la última

cifra de hemoglobina (...) fue de 8,3 g/dl (...), dado que no se esperaba nuevo sangrado, no se consideró la necesidad de repetir la analítica, que no obstante siempre se realiza previa al alta a domicilio". También reseña que "no es hasta el 14 de febrero cuando se empieza a considerar la posibilidad de lesión vascular que originó el traslado" al hospital de referencia.

Finalmente, sostiene que hay que considerar en este caso los siguientes "factores:/ Que se trata de una patología urgente (fractura de cadera) que condiciona un tratamiento quirúrgico (...). Que el paciente sufrió una complicación (luxación de la cadera protésica), lo que motivó una segunda intervención./ Que las lesiones vasculares no son frecuentes (...). Que el paciente permaneció una gran parte del posoperatorio (...) encamado y con tracción, lo que enmascaró los cambios tróficos./ Que en ningún momento existió dolor (...), y que este es un síntoma cardinal en la instauración de una isquemia aguda./ Que la paresia constatada se atribuyó a lesión neurológica, complicación más frecuente./ Que la lesión no es una lesión iatrogénica, sino el agravamiento progresivo de una situación clínica preexistente. De hecho, la obstrucción femoropoplítea diagnosticada es bilateral y no solo de la extremidad intervenida./ Que se pusieron todos los medios de que disponemos en nuestro centro para la atención del paciente".

5. Con fecha 9 de abril de 2014, la Gerente del Área Sanitaria V traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital "Y", así como una copia de la historia clínica del perjudicado obrante en dicho centro.

El informe refiere la amputación supracondílea izquierda realizada el día 21 de febrero de 2013 como consecuencia de una "isquemia aguda en situación clínica irreversible".

En la historia clínica consta, entre otros documentos, el informe de alta del Servicio, de fecha 25 de febrero de 2013, en el que se recoge la existencia de una "obstrucción femoropoplítea bilateral" y de una "isquemia aguda irreversible" en la pierna izquierda.

6. El día 28 de julio de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras detallar pormenorizadamente el proceso asistencial, señala que en el caso que nos ocupa “dos han sido las complicaciones que se han presentado: la luxación y la lesión vascular”, y destaca que en el consentimiento informado suscrito por el paciente figuran, entre otros, los riesgos de “lesión de los vasos de la extremidad. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad”, y “luxación: en la mayoría de los casos puede colocarse en su sitio sin necesidad de operar. En otras ocasiones hay que cambiar el implante. Tras la luxación suele colocarse un aparato externo para mantener la articulación en su sitio”.

Concluye que “la atención al paciente se realizó de forma adecuada y conforme a la *lex artis*, con las exploraciones indicadas de acuerdo con la clínica que presentaba y con los tratamientos y recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos”, por lo que propone la desestimación de la reclamación.

7. Mediante escritos de 26 de agosto de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 29 de septiembre de 2014 emiten informe dos especialistas, una en Angiología y Cirugía Vascul ar y otra en Medicina Interna, a instancias de la compañía aseguradora.

Refieren que las manifestaciones clínicas clásicas de la isquemia aguda, “conocidas en la literatura internacional como ‘5 P’s’”, son ausencia de pulsos, dolor, palidez, parestesia y parálisis. En relación con el caso concreto, argumentan que “el paciente presenta una lesión en el nervio ciático poplíteo externo, esta lesión produce un pie equino (...) y anestesia (...). La detección

precoz de los 5 signos de isquemia aguda se ve completamente enmascarada en esta situación:/ Ausencia de pulsos: probablemente no los presentaba previamente, se añade a ello la baja fiabilidad que en la literatura actual tiene una exploración física solo con la palpación de pulsos y el estado de una pierna en posoperatorio./ Dolor: inexistente por lesión nerviosa del ciático-poplíteo externo./ Palidez: no se objetiva en ningún momento, describiéndose aspecto cianótico del pie./ Parestesias: debido a la lesión nerviosa no son valorables./ Parálisis: el paciente presenta una parálisis secundaria a la lesión nerviosa”.

Concluyen que “presentó tres complicaciones en el posoperatorio derivadas de la misma, a saber: anemia, luxación protésica y lesión del nervio ciático (...), siendo las tres (...) posibles y de las que había sido informado mediante el correspondiente consentimiento informado (...). Que las tres fueron tratadas de acuerdo a los protocolos habituales (...). Que, además de las anteriores, sufrió una cuarta complicación: la isquemia aguda (...). Que la isquemia aguda de la pierna no fue consecuencia directa de la intervención ni de ninguna acción u omisión llevadas a cabo durante sus cuidados hospitalarios, siendo el hecho principal que contribuyó a la aparición de la isquemia aguda la existencia previa de una aterosclerosis severa bilateral que el paciente trataba con AAS (...). Que, no obstante, la confluencia de varios factores pudieron agravarla o precipitarla: la anemia y la suspensión del tratamiento antiagregante con AAS (...). Que si bien la anemia pudo teóricamente contribuir a ella no puede concluirse que fuera lo suficientemente severa como para desencadenarla. Efectivamente, llama la atención la ausencia de controles analíticos desde el día 1-02-2013 hasta el día 16-02-2013, pero también es cierto que en estos días no se produjo una anemizaci3n considerable, inestabilidad hemodinámica o datos de posible sangrado que justificaran la realizaci3n de nuevos controles (...). Que la suspensi3n del tratamiento antiagregante en un momento de llamativo requerimiento transfusional (...) est3 plenamente justificado, puesto que se trata de una medicaci3n que aumenta el riesgo de sangrado (...). Que la situaci3n cl3nica del paciente enmascara la sintomatolog3a de isquemia aguda o de isquemia cr3nica

en situación crítica, y en consecuencia el diagnóstico precoz de la misma (...). (Que) el Servicio de Traumatología actuó de forma diligente en el momento (en) que detectó una situación anómala: un cambio de coloración persistente (...). Que la desgraciada evolución tiene un origen multifactorial con existencia de concausas previas, sin que se aprecie una actuación contraria a la *lex artis* por parte del personal que atendió al paciente”.

9. Mediante escrito notificado al interesado el 16 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 23 del mismo mes comparece un representante del reclamante en las dependencias administrativas y se le entrega una copia de la documentación obrante en el expediente en ese momento.

10. El día 28 de julio de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reiterando los argumentos contenidos en el informe técnico de evaluación. Tras resumir los hechos, propone desestimar la reclamación, “por cuanto el proceder de los servicios médicos y quirúrgicos, tanto del Hospital `X` como del Hospital `Y`, fueron correctos en todo momento, realizándose la atención (...) de forma adecuada y conforme a la *lex artis*, con las intervenciones de acuerdo con la clínica que presentaba (...) y con las recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 31 de agosto de 2015, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está 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 20 de febrero de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el alta hospitalaria de la intervención de amputación supracondílea- el día 25 de febrero de 2013, por lo que, sin necesidad de atender a la fecha del

alta definitiva -que desconocemos-, 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, apreciamos la existencia de una irregularidad formal que impide nuestro pronunciamiento sobre el fondo del asunto. Hemos señalado que el interesado propone, en su escrito inicial, prueba documental -historias clínicas de todos los servicios que le prestaron asistencia- y "pericial médica, con carácter subsidiario para el caso de que no sea acordado el procedimiento abreviado", según señala de modo expreso, "de acuerdo a lo prevenido en el art. 6.1, párrafo segundo", del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. En efecto, el citado artículo dispone que en los procedimientos iniciados de oficio la reclamación "irá acompañada (...) de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante", de modo que el artículo 9 del propio texto -"Práctica de pruebas"- determina que en "el plazo de treinta días se practicarán cuantas pruebas hubieran sido declaradas pertinentes", y que

solo se podrán rechazar las propuestas “cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada”.

En no pocas ocasiones ha puesto de manifiesto este Consejo Consultivo una práctica, que criticamos, consistente en que los interesados parecen reservar para la vía contencioso-administrativa la aportación de las pericias médicas de que disponen, y cuyo conocimiento se hurta al órgano administrativo competente para resolver la reclamación. Sin embargo, en este caso sucede justamente lo contrario, dado que el interesado propone la incorporación al procedimiento de una pericial médica en la fase de prueba cuya práctica desatiende la Administración, sin declararla tampoco formalmente improcedente o innecesaria. Esa prueba documental puede ser aportada junto con el escrito inicial, y en ese caso -tal y como venimos manifestando (por todos, Dictamen Núm. 90/2014)- su incorporación al procedimiento no requiere ningún acto formal de admisión, ni conlleva la necesidad de realizar práctica alguna, tan solo ha de procederse a su valoración, según se infiere de lo dispuesto en el artículo 6.2 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Ahora bien, cabe también anunciar su futura presentación, como se hizo en este caso, en el que su incorporación al expediente se vinculó al supuesto de que la Administración no acordase la tramitación por el procedimiento abreviado, con lo que debió resolver su inadmisión o, necesariamente, acordar su práctica conforme dispone el artículo 9 del reglamento mencionado.

Cuando, como sucede en el asunto examinado, la Administración no resuelve formalmente sobre la improcedencia o innecesiedad de una prueba este Consejo viene advirtiendo a la autoridad consultante, mediante la introducción de una observación esencial, sobre la necesidad de explicitar las razones de esa negativa “tácita” a la admisión de la prueba en la resolución que ponga fin al procedimiento. Pero en este caso, dado el tenor de la reclamación, en la que se cuestionan con gran detalle técnico determinados actos médicos precisamente con base -así se dice en ella- en el análisis de la historia clínica efectuado por el especialista en Traumatología cuya prueba se propone, consideramos que la omisión de su práctica constituye un vicio del

procedimiento que causa indefensión a la parte, por lo que ha de retrotraerse aquel al momento de apertura de la fase de prueba para que la Administración resuelva lo que corresponda.

En consecuencia, no procede en este momento analizar el fondo de la reclamación, debiendo retrotraerse el procedimiento al objeto de que se resuelva formalmente sobre la práctica de la prueba propuesta y tras la elaboración, en su caso, de una nueva propuesta de resolución, recabar nuevamente de este Consejo el preceptivo dictamen.

En mérito a lo expuesto, este Consejo entiende que no cabe en el estado actual de tramitación un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de practicar cuanto queda expuesto en el cuerpo del presente dictamen.”

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.