

Expediente Núm. 42/2016
Dictamen Núm. 40/2016

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 18 de febrero de 2016, 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 1 de febrero de 2016 -registrada de entrada el día 5 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos tras una 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 una oficina 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 deambulación, 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 femoropoplíeta 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 anemización considerable, inestabilidad hemodinámica o datos de posible sangrado que justificaran la realización de nuevos controles (...). Que la suspensión del tratamiento antiagregante en un momento de llamativo requerimiento transfusional (...) está plenamente justificado, puesto que se trata de una medicación que aumenta el riesgo de sangrado (...). Que la situación clínica del paciente enmascara la sintomatología de isquemia aguda o de isquemia crónica 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. 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 seguido.

12. Con fecha 29 de octubre de 2015, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no cabe realizar un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de que se resuelva formalmente sobre la práctica de la prueba pericial propuesta por el interesado.

13. Mediante oficio notificado al reclamante el 23 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le requiere para que aporte la prueba pericial anunciada en su día.

14. El día 4 de diciembre de 2015, el perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias el informe pericial suscrito por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología el 1 de diciembre de 2015. En él, tras describir el proceso asistencial, afirma que se desconoce cuándo se produjo la lesión neurológica, pero que “sí es claro (...) que la pérdida de sensibilidad puede haber contribuido al retraso en el diagnóstico”.

Subraya que “durante todo el ingreso ha presentado unas concentraciones de hemoglobinas bajas o muy bajas” que habrían aconsejado “una transfusión”, y que “la supresión del tratamiento antiagregante puede haber contribuido al empeoramiento de la placa de ateroma que comprometía el sector femoropoplíteo de ambas piernas y haber favorecido la isquemia”.

A continuación, señala que “en el curso clínico del día 15 de febrero a las 10:22 el traumatólogo habla de ‘pie con coloración azulada sin dolor y sin frialdad’ mientras que la enfermera escribe a las 13:46 ‘pie frío y necrótico’. Esto parece contradictorio. Llama la atención de que a pesar de ser un pie frío y necrótico no haya ninguna anotación hasta casi 24 horas después (día 16 de febrero a las 12:00 horas)”.

Concluye “que las concentraciones bajas de hemoglobina, unidas al posible empeoramiento de la placa de ateroma por la supresión del fármaco antiagregante junto con el traumatismo quirúrgico, contribuyeron a desequilibrar una situación previamente no muy buena de la perfusión de los tejidos distales de la pierna izquierda./ Un volumen sanguíneo más adecuado a las necesidades del paciente y la utilización de un fármaco antiagregante habría disminuido el riesgo de aparición de la complicación isquémica./ La lesión neurológica, que es una complicación que se puede producir en estos casos, justifica que la isquemia no haya sido tan dolorosa, además de suponer un factor de confusión añadido, pues su aparición hace que para el médico sea el foco principal de atención, pudiendo pasar desapercibidos otros problemas concomitantes./ No se puede saber cuál habría sido la viabilidad de la pierna en caso de diagnóstico más precoz o de haber iniciado un tratamiento por parte de Cirugía Vasculard de forma más temprana, pues el estado del sistema vascular no parece que fuera el mejor. Lo que es cierto es que estos procesos si tienen

alguna opción de salir adelante es si son diagnosticados con rapidez y son evaluados por un médico especialista en Cirugía Vasculat para instaurar un tratamiento en las fases más iniciales”.

15. Con fecha 15 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Reitera los argumentos de su propuesta anterior y añade, en relación con el informe pericial aportado por el interesado, que “se reconoce que no se observa nada especial en el tratamiento quirúrgico (...), que la luxación de cadera entra dentro de las posibles complicaciones y que está recogida en los documentos de consentimiento informado firmados. Respecto a la reducción (...), indican que `sin duda cuanto antes se reduzca la luxación los riesgos son menores, pero en este caso el periodo transcurrido puede considerarse razonable dentro del funcionamiento de un hospital’. Consideran que hay varios factores que han podido contribuir a la lesión vascular: el estado de las arterias del paciente, el traumatismo recibido en las intervenciones, la anemia posoperatoria, las arritmias cardíacas que son potencialmente embolígenas. A este respecto, indican que se suspendió el Adiro 100 el 31 de enero y, aunque en el curso clínico no figura la causa, es posible que fuera suspendido por la anemización que se diagnosticó estos días y que durante el ingreso fue tratado con heparinas (...). En las conclusiones finales reconocen que no se puede saber cuál habría sido la viabilidad de la pierna en caso de diagnóstico más precoz o de haber iniciado un tratamiento por parte de Cirugía Vasculat de forma más temprana, pues el estado del sistema vascular no parece que fuera el mejor”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de febrero de 2016, 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.

Ahora bien, advertimos en la práctica administrativa, y en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, entre otros, y a las consideraciones allí realizadas nos remitimos.

Asimismo, 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 43.3, 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.- El interesado reclama una indemnización por los daños y perjuicios padecidos tras una intervención de cadera que derivó en la amputación supracondílea de la pierna izquierda.

A este Consejo no le ofrece ninguna duda la realidad de los daños sufridos, que han quedado acreditados con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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.

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

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por 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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

En el supuesto que analizamos, el interesado sufrió una amputación de la pierna izquierda en el posoperatorio de una intervención de cadera. Atribuye el daño a un conjunto de hechos que considera contrarios a la *lex artis*; en concreto, a la luxación de la prótesis y la posterior demora en su reducción, a la lesión del nervio ciático que atribuye a las maniobras para tal reducción y que habría enmascarado la isquemia, a la falta de control analítico de la anemia, a la suspensión del tratamiento antiagregante y a la falta de atención debida ante la anotación de enfermería de pie "frio y necrótico" realizada a las 13:46 horas del día 15 del febrero de 2013.

Los informes técnicos incorporados al expediente por la Administración sanitaria y a su instancia por la compañía aseguradora descartan la existencia de mala praxis en tales episodios. En resumen, explican que el interesado sufrió tres complicaciones posibles de la cirugía a la que fue sometido (referidas como tales en el consentimiento informado): la luxación, la lesión del nervio ciático y la anemia, y que las tres fueron tratadas adecuadamente. Por lo que se refiere a la anemia, y pese a constatar que -como señala el reclamante- no se realizaron controles entre los días 1 y 16 de febrero de 2013, consideran que la ausencia de datos clínicos justificó la ausencia de tales controles. De igual modo, sostienen que la supresión del tratamiento antiagregante que portaba el interesado estaba justificada por la necesidad de realizar transfusiones los días 31 de enero y 1 de febrero, aunque, efectivamente, tal justificación no consta de modo expreso en la historia clínica.

El informe médico privado que aporta el interesado insiste en los mismos episodios y plantea una explicación de lo sucedido que no difiere

sustancialmente de lo que afirma la Administración. Respecto a la lesión neurológica del nervio ciático, más allá de destacar que se desconoce exactamente cuándo se produjo, en ningún momento la imputa a una infracción de la *lex artis*, y afirma que “es una lesión infrecuente pero que puede ocurrir, como se recoge en el consentimiento informado”. También coincide con la Administración en que “la pérdida de sensibilidad puede haber contribuido al retraso en el diagnóstico”. Resalta que mantuvo unas concentraciones de hemoglobina “bajas o muy bajas” y que “la supresión del tratamiento antiagregante pudo haber contribuido al empeoramiento de la placa de ateroma que comprometía el sector femoropoplíteo de ambas piernas y haber favorecido la isquemia”, aunque reconoce que su suspensión probablemente se debió a “la anemización que se diagnosticó esos días”, y entiende que todo ello contribuyó “a desequilibrar una situación previamente no muy buena de la perfusión de los tejidos distales de la pierna izquierda”. Añade que la lesión neurológica, “que es una complicación que se puede producir en estos casos, justifica que la isquemia no haya sido tan dolorosa, además de suponer un factor de confusión añadido, pues su aparición hace que para el médico sea foco principal de atención, pudiendo pasar desapercibidos otros problemas concomitantes”.

Por lo que se refiere a la última de las imputaciones -la falta de atención, “hasta casi 24 horas después”, una vez que enfermería consigna “pie frío y necrótico”-, el informe privado que aporta refleja la contradicción que percibe entre dos anotaciones cercanas en el tiempo: la del curso clínico “del día 15 de febrero a las 10:22”, donde el traumatólogo refleja “pie con coloración azulada sin dolor y sin frialdad”, y la observación de enfermería a las “13:46” de “pie frío y necrótico”, poniendo de manifiesto la ausencia de un nuevo apunte hasta las 12 horas del día siguiente. A la vista de ello, el perito privado afirma que “no se puede saber cuál habría sido la viabilidad de la pierna en caso de diagnóstico más precoz (...), pues el estado del sistema vascular no parece que fuera el mejor. Lo que es cierto es que estos procesos si tienen alguna opción de salir adelante es si son diagnosticados con rapidez y son evaluados por un médico especialista en Cirugía Vasculat para instaurar un tratamiento en las fases más iniciales”.

En relación con este episodio, el Servicio que prestó la asistencia se limita a afirmar que “no es hasta el 14 de febrero cuando se empieza a considerar la posibilidad de lesión vascular que originó el traslado a Cirugía Vascular de nuestro hospital de referencia”, que la “obstrucción femoropoplítea diagnosticada es bilateral” y que la ausencia de dolor enmascaró su diagnóstico. Por su parte, la especialista que informa a instancia de la compañía aseguradora refiere que “no se objetiva hasta el día 14-02-2014 ningún cambio en la perfusión de la extremidad”, que el día “15-02-2014 se vuelve a reflejar la existencia de un cambio de coloración, sin presencia de dolor ni de frialdad”, y que “el día 16-02-2014 se objetiva que ese cambio de coloración se ha establecido y no varía, por lo que se decide, a pesar de no tener dolor, la valoración urgente por Cirugía Vascular” y el paciente “es trasladado de manera urgente al Centro de Cirugía Vascular de referencia”.

Sin embargo, los datos anotados en la historia clínica no coinciden totalmente con tales afirmaciones. Efectivamente, el día 14 de febrero de 2013 a las 19:45 horas enfermería anota “visto por Trauma por cianosis (...), al acostarse vuelve a su color natural”; al día siguiente -15 de febrero- el curso clínico recoge, a las 10:22 horas, “coloración azulada sin dolor y sin frialdad, en posible relación con trastorno circulatorio venoso previo”, pero ese mismo día a las 13:46 horas enfermería reseña “pie izquierdo frío y necrótico”. No es hasta el día siguiente -16 de febrero-, a las 12:00 horas, cuando se señala en el curso clínico “sin cambios./ Solicito IC C. Vascular por persistencia de cianosis severa en dedo gordo. El resto del pie mejor aspecto./ Sigue sin dolor”. Ni por el Servicio de Traumatología ni por enfermería del hospital se proporciona información adicional que permita conocer qué sucedió entre esas dos últimas anotaciones, por lo que, a la vista de los datos que nos proporciona la historia clínica, hemos de concluir que desde las 13:46 horas del día 15 de febrero hasta las 12:00 del día siguiente el paciente no fue objeto de ninguna valoración médica, a pesar de que el día 14 ya se sospechaba la posible existencia de una lesión vascular y de que al día siguiente enfermería anotó “pie frío y necrótico”, lo que debe entenderse, sin duda, como un grave empeoramiento de su situación vascular.

En consecuencia, este Consejo Consultivo considera que el servicio público no puso a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y asistenciales precisos una vez constatada su mala evolución, por lo que apreciamos mala praxis en la prestación del servicio que genera responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Ahora bien, ni siquiera el perito de la parte afirma la existencia de un nexo causal entre el retraso diagnóstico y la amputación de la pierna, sino que reconoce la imposibilidad de “saber cuál habría sido la viabilidad de la pierna en caso de diagnóstico más precoz o de haber iniciado un tratamiento por parte de Cirugía Vasculor de forma más temprana, pues el estado del sistema vascular no parece que fuera el mejor. Lo que es cierto es que estos procesos si tienen alguna opción de salir adelante es si son diagnosticados con rapidez (...) para instaurar un tratamiento en las fases más iniciales”; razonamiento que también hace suyo la propuesta de resolución. Nos encontramos, pues, ante un curso causal hipotético en el que la infracción de la *lex artis* ha ocasionado a la víctima una pérdida de oportunidad terapéutica que le privó de la posibilidad de beneficiarse de un tratamiento más precoz y, acaso, más eficaz.

SÉPTIMA.- Establecida la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario, hemos de pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria.

En supuestos como el presente -pérdida de oportunidad terapéutica- este Consejo ha señalado que la jurisprudencia viene estableciendo que el daño indemnizable no es el de la lesión -en este caso, la amputación supracondílea de la pierna-, respecto del cual no es posible saber a ciencia cierta si hubiera podido evitarse, sino que ha de ser propiamente la pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado, impidiendo con ello la posibilidad de evitar daños y secuelas. En tales casos, si el daño pudo evitarse en un porcentaje estadísticamente conocido se indemnizará al paciente por haberle privado de la posibilidad de pertenecer al grupo de pacientes que no lo sufre.

En el asunto examinado, dado el sentido desestimatorio de la propuesta de la Administración, no se ha aportado dato alguno que analice, desde el punto de vista de las estadísticas médicas, la hipótesis de que se hubiese

prestado al paciente una asistencia especializada más temprana acorde con los síntomas de gravedad constatados por enfermería. Por ello, estimamos que ha de ser la Administración sanitaria la que, en atención a la interpretación jurisprudencial que hemos expuesto, y una vez analizada la hipótesis de lo que podría haber sucedido en el caso concreto, establezca la cuantía indemnizatoria.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando total o parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos expuestos en el 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.