

Expediente Núm. 75/2018  
Dictamen Núm. 106/2018

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

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

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de mayo de 2018, 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 20 de marzo de 2018 -registrada de entrada el día 28 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños que atribuye al retraso diagnóstico de una lesión neurológica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 25 de abril de 2017, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye al retraso diagnóstico de una lesión nerviosa sufrida tras la rotura de un tendón.

Expone que el 5 de octubre de 2015 “sufrió una caída casual” por la que fue atendido, ese mismo día, en el Servicio de Traumatología del Hospital .....

figurando en la exploración "signo del hachazo positivo, déficit de extensión. Estado neurovascular distal en orden".

Considera que "este informe pone de manifiesto que debido a la rotura del tendón del cuádriceps era incapaz de extender la rodilla y se apreciaba un efecto de hachazo al estar el músculo retraído; y también indica que el explorador confirmó que el nervio peroneo y el paquete arterio-venoso que van por detrás de la cabeza del peroné no estaban afectados".

Manifiesta que "permaneció ingresado en el Hospital ..... durante 9 días", realizándosele "el día 8 de octubre de 2015 bajo raquianestesia (...) sutura del tendón del cuádriceps izquierdo con puntos transóseos en rótula e inmovilización con férula posterior de yeso./ Aproximadamente a las 8 horas de la intervención el paciente recuperó la movilidad en extremidades, pero desde el primer día que tuvo la escayola puesta (...) se quejó de que no sentía la parte anterior del pie y no podía mover los dedos del pie izquierdo./ Fue alta hospitalaria el 14 de octubre de 2015 con férula y apoyando con muletas, recibiendo tratamiento analgésico y profilaxis de trombosis venosa periférica".

Señala que el "21 de octubre de 2015 (...) acudió a retirar las grapas y seguía con la impotencia funcional y sensitiva./ El 18 de noviembre retiran la férula en consulta de Traumatología y solicitan rehabilitación preferente (...). Fue trasladado en silla de ruedas a la ambulancia y de la misma manera se hizo la descarga en domicilio. Al intentar ponerse de pie y dar el primer paso con el pie izquierdo para abandonar la silla cayó de bruces, al quedarle el pie izquierdo retrasado y `colgando´".

Indica que "se le solicitó consulta preferente a Rehabilitación (...), pero ante la tardanza prevista, por su cuenta y previo consentimiento verbal del especialista que le atendió (...), decidió ir adelantando la fisioterapia, y el 23 de noviembre" recurrió a un especialista privado que le recomendó acudir a su médico de cabecera, pues presentaba "importante edema en la zona del dorso" del tobillo, "sensación de anestesia en dicho dorso" y "paresia (...) con pie equino".

Fue atendido al día siguiente en el Servicio de Urgencias del Hospital ....., apreciándose en la exploración "incongruencia porque reza `neurovascular en orden´ y a la vez especifica que hay impotencia funcional para la flexión dorsal e hipoestesia en la región proximal del pie izquierdo y mayor en parte distal. De manera que no puede estar el neurovascular en orden porque ya se aprecia un déficit neurológico, siendo de suponer que se trata de un error por el hábito corta-pega en el uso de los sistemas informáticos (...). El 27 de noviembre de 2015 acude a consulta externa de Neurología donde ya se reconoce claramente una lesión del nervio ciático poplíteo externo izquierdo o peroneo común y se procede a confirmarla con estudio neurofisiológico, además de insistir en la necesidad de rehabilitación". Precisa que el día 22 de enero de 2016 se lleva a cabo el referido estudio, concluyéndose que "el paciente presenta una axonotmesis severa sin actividad reinervativa del nervio ciático poplíteo externo".

Reseña que "fue alta en fisioterapia" el 26 de abril de 2016, pero que "realmente la recuperación clínica (...) no fue lo `buena ´ que recoge este informe", pues en el mes de octubre de ese año acudió a la consulta privada de una especialista en Neurología por dolor en el glúteo y sensaciones molestas al caminar, y que tras efectuarle un estudio neurofisiológico afirma que "no hay datos de desaferentización ni tampoco signos que apoyen una radiculopatía, y que la pérdida de funcionalidad en la movilidad de la extremidad inferior izquierda es secundaria a la lesión del nervio ciático poplíteo externo. El compareciente tiene una atrofia del grupo muscular antelo-externo de la pierna izquierda. A base de no tener fuerza la articulación del tobillo izquierdo se ha fijado y no flexiona en el rango debido, por eso no usa la ortesis y quedará así de por vida. La sensibilidad de ese pie izquierdo nunca se recuperará", y el mal apoyo le causa "molestias mecánicas" y dolor en la deambulación, todas ellas "secuelas definitivas e irreversibles".

En cuanto "a la relación de causalidad entre las lesiones (...) y el funcionamiento del servicio público sanitario", pone de relieve que "lo cierto es

que durante su ingreso en el Hospital ..... (...) (días 5 al 14 de octubre de 2015) (...) se quejó de que no sentía el pie y no movía los dedos, y así figurará en los cursos clínicos de enfermería o de Traumatología./ Sin embargo, nadie se hizo eco de estas quejas del paciente, ante las cuales debería haberse explorado y abierto la escayola sin permitir que (...) se levantara, con lo que se habría apreciado la lesión, y (...) haberse realizado una (electromiografía)./ Al no haberse hecho lo correcto lo que ocurrió es que cuando el 18 de noviembre de 2015 se cayó de la silla de ruedas tras retirarle ese día la escayola llevaba ya días con la lesión y ya no existía posibilidad de electroestimulación que permitiese su curación./ Siendo pues en este periodo donde puede fijarse temporalmente el origen del daño, la lesión del nervio ciático poplíteo externo”.

Solicita una indemnización cuyo importe asciende a treinta y nueve mil doscientos setenta y nueve euros con setenta y un céntimos (39.279,71 €) por los conceptos correspondientes al periodo de incapacidad temporal y la secuela de “lesión del nervio peroneo común o nervio ciático poplíteo externo”, calculada con arreglo al baremo indemnizatorio establecido para accidentes de tráfico.

Por último, solicita la práctica de prueba documental consistente “en que se recabe del Hospital ....., copia de todos los documentos que formen parte de (su) historia clínica”.

Aporta diversa documentación relativa a la atención médica dispensada, tanto por el servicio público sanitario como por un fisioterapeuta privado.

**2.** Mediante oficio de 11 de mayo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** El día 12 de junio de 2017, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios

una copia de la historia clínica del paciente y los informes de los Servicios de Rehabilitación, de Neurología y de Traumatología del Hospital .....

En el primero de ellos, suscrito el 23 de mayo de 2017 por el Jefe del Servicio, se explica que el perjudicado “fue alta el 26-4-16 realizando marcha sin bastón ni claudicación y sin necesidad de antiequino. Presentaba como secuela una paresia (tibial anterior 3+, extensor común 4/5, peroneos 4+/5 y extensor del hallux 2+/5) y no existía retracción gemelar (...). Se trata, pues, de un cuadro de rigidez de rodilla con amiotrofia de cuádriceps tras rotura de tendón rotuliano que precisó reparación quirúrgica y que recuperó de forma adecuada (aunque la amiotrofia del muslo tarda más en recuperarse sin alterar la función) y de una lesión del ciático poplíteo externo a nivel de rodilla que pudiera estar en relación con el traumatismo o por compresión de férula. De esta última lesión el tratamiento efectuado es el que procede y la recuperación se considera buena, pues para el grado de lesión que presentaba en el estudio neurofisiológico una recuperación del 80 % de la fuerza es un buen resultado”.

Añade que discrepa de los argumentos del reclamante, ya que, en primer lugar, “el estudio neurofisiológico en caso de axonotmesis nunca debe realizarse antes de las 6 semanas de la lesión, pues no será lo correcto que debiera (se realizó a los 3 meses y medio, que es plazo razonable para graduar la lesión)”. En segundo lugar, porque “la electroestimulación no es un tratamiento que sirva para recuperar lesiones nerviosas, la realizamos para evitar atrofia mientras se espera la reinervación y, por tanto, el haberlo realizado de forma precoz no hubiera modificado el pronóstico”, y, por último, “el estudio neurofisiológico realizado en octubre es algo más positivo que el realizado en enero, por lo que se concluye la mejoría que refiere el informe de alta”.

En el elaborado el 1 de junio de 2017 por el Jefe de la Sección de Neurología se resume el resultado de las consultas llevadas a cabo en los años 2015 y 2016, y, en cuanto a esta última (de 10 de mayo de 2016), se indica que la constancia de “buena evolución clínica” era “algo objetivo, dado que en

nota clínica del S. Rehabilitación de fecha 26-04-2017 se decía que la recuperación era del 80 %, no usaba ya la ortesis y no había retracción, y anotan alta en fisioterapia”. Destaca “que en ningún momento en las consultas efectuadas” en el Servicio de Neurología de este hospital “manifestó las dolencias a las que se refirió en la consulta privada de la (neuróloga) el 3 de octubre de 2016 (...), esto es 5 meses después de haber sido visto por última vez en mi consulta”, aunque reseña que “la sintomatología puede cambiar en el tiempo y también los datos de la exploración”.

En el realizado por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología el 2 de junio de 2017 se describe el tratamiento efectuado (intervención quirúrgica) y la evolución posterior, durante la cual se advirtió la lesión. Señala que en ese momento “se le explica que el tratamiento inicial es la rehabilitación” y que “el origen de la lesión debe estar en relación” con el “traumatismo que inició todo el proceso” o con “la inmovilización, ya que técnicamente la intervención que se le ha realizado mantiene todos sus pasos a una distancia de seguridad de esa estructura amplia, y que ni siquiera llega a estar en el campo quirúrgico”.

**4.** El día 30 de octubre de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, tres especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología suscriben colegiadamente un informe en el que formulan diversas consideraciones médicas sobre las lesiones del tendón de cuádriceps, la anatomía del nervio ciático y las lesiones nerviosas y su tratamiento.

Afirman que “las causas atribuibles de esta lesión son dos: traumática, por mecanismo directo” o “indirecto”, y “la compresión del nervio durante la inmovilización colocada (...) para el tratamiento de su lesión quirúrgica de cuádriceps”. Señalan que “en el análisis de la documentación” no disponen de “datos exploratorios de lesión de nervio ciático poplíteo externo en el ingreso del paciente en el Hospital ..... en el periodo del 5-10-2015 al 14-10-2015”. Dada la descripción de la caída, consideran que “el mecanismo de producción

del traumatismo puede justificar (la) lesión del nervio ciático por tracción en varo de la rodilla e inversión del tobillo”, y añaden que “en el informe de alta de Traumatología” de 14 de octubre de 2015, tras la intervención, “no hay referencias de sintomatología de lesión (ciático poplíteo externo) en el contexto de la lesión del cuádriceps”. Indican que “el manejo de lesión cuadrípital es correcto”, y que “en ese ingreso no hay sospecha de afectación del nervio ciático poplíteo externo”. No es hasta el momento en que se le retira la escayola cuando el paciente adquiere consciencia de la falta de movilidad, y precisan que la inmovilización impidió la detección en el momento del ingreso y el tiempo que se prolongó aquella.

Tras exponer los motivos por los que consideran “menos probable” la compresión por la férula como causa de la lesión, sostienen que “el manejo” de la lesión nerviosa “es correcto”, y que si el diagnóstico “se hubiese realizado en el ingreso del traumatismo el manejo se hubiese realizado igual” (rehabilitación y seguimiento electrofisiológico).

En cuanto a la afirmación del afectado de que “desde el primer día no sentía la parte anterior del pie y no podía mover los dedos del pie izquierdo”, reseñan, tras contrastarla con el informe del Servicio de Neurología, que “sugiere que la inmovilización ocultó datos clínicos y por este motivo el diagnóstico de la lesión neurológica se retrasó”, pues “si el día del traumatismo” el paciente “notifica a los facultativos la imposibilidad de extender los dedos del pie este diagnóstico se hubiera planteado entre los profesionales que lo atendían en el Hospital .....”.

Añaden que “el diagnóstico de la lesión neurológica se hace con (...) (electromiografía)”, prueba que “no se realiza inicialmente cuando la sospecha es de neuroparaxia o axonotmesis”, especificando que “no se hubiese solicitado con urgencia (la electromiografía) si el diagnóstico se hubiese realizado en el mes de octubre tras el traumatismo”, por lo que rechazan que “la solicitud del (...) (electromiograma) tres meses después del traumatismo determine pérdida de oportunidad terapéutica”.

Ponen de relieve que, según los Servicios de Neurología y de Rehabilitación, “existió recuperación de la función nerviosa”, y, en cuanto al informe de la especialista privada que aporta el reclamante, aclaran “que no debemos olvidar que los síntomas que se relatan en la exploración (...) son síntomas sensitivos que, subjetivamente, nos relata el paciente” y no síntomas motores, “que son los que realmente determinan la función del tobillo y del pie”. Reseñan que la marcha dificultosa que se advierte en esta exploración no coincide con los informes del hospital, ni existen “datos (electromiográficos) de empeoramiento motor de la lesión neurológica que justifique esta sintomatología”.

Tras refutar otras conclusiones de la especialista a la que se refiere el paciente, explican que este “plantea la apertura de la escayola durante la recuperación de la lesión muscular para evitar la lesión nerviosa”, pero “la férula es un vendaje elástico” cuya “apertura no es determinante en la mejoría de la lesión siempre que no se confirme compresión de la férula por hematoma u otras complicaciones del traumatismo”, pues no se trata de un “yeso cerrado”.

Por último, muestran su conformidad con la afirmación recogida en el informe del Servicio de Traumatología de que “la cirugía practicada sobre el tendón del cuádriceps no puede relacionarse con la lesión neurológica diagnosticada”.

**5.** Mediante escrito notificado al reclamante el 4 de diciembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 28 de diciembre de 2017 el interesado presenta un escrito de alegaciones en el que “reitera la práctica de prueba documental” solicitada en su reclamación inicial, precisando que debe incluirse la totalidad de la historia clínica.

En relación con la “presunta falta de información” por parte del paciente a los facultativos que le atendieron, a la que se alude en el informe elaborado por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora, sostiene que carece de sentido tal ocultación y que debieron ser los facultativos quienes inquiriesen al paciente sobre su estado, subrayando que en dicho informe “se cuestiona abiertamente la veracidad de la información contenida” en el escrito de reclamación de que “desde el primer día que tuvo la escayola puesta el paciente se quejó de que no sentía la parte anterior del pie y no podía mover los dedos del pie izquierdo”. Reprocha la falta en la historia clínica de “los documentos que podrían aclarar tal extremo, como serían las hojas o partes de seguimiento y control, tanto del servicio médico como del servicio de enfermería, en que figuran los controles, comprobaciones y anotaciones de los profesionales sanitarios que le atendieron durante los días en que permaneció ingresado en el Hospital .....”, por lo que reitera su petición de remisión de la historia clínica completa, “y en particular de los documentos indicados”.

**6.** Con fecha 12 de enero de 2018, un responsable de Reclamaciones Patrimoniales del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la “historia clínica ampliada” del paciente en soporte digital.

**7.** Mediante oficio notificado al interesado el 30 de enero de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le concede un segundo trámite de audiencia.

No consta en el expediente que se hayan presentado alegaciones en el plazo conferido.

**8.** El día 13 de marzo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas emite propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes incorporados al procedimiento.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de marzo de 2018, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las

Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 el día 25 de abril de 2017, habiendo obtenido el alta el paciente en el Servicio de Fisioterapia con fecha 26 de abril de 2016, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 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.-** Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial instada en relación con los daños que padece un paciente tras ser atendido por un traumatismo en su pierna izquierda.

Consta en el expediente que el afectado fue intervenido quirúrgicamente de la rotura de un tendón y que durante el tratamiento posterior le fue diagnosticada una lesión del nervio ciático poplíteo que requirió rehabilitación, por lo que debemos considerar la existencia de un daño cierto, con independencia de la discrepancia que en cuanto a las secuelas mantienen el reclamante y la Administración sanitaria.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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 nos ocupa, el reclamante considera que existió una demora en la detección de la lesión neurológica indicada, que fue diagnosticada durante el tratamiento de una rotura tendinosa sufrida tras un traumatismo, y

concreta ese retraso en el periodo transcurrido entre el momento en que estuvo ingresado (del 5 al 14 de octubre de 2015) y el 18 de noviembre de 2015, cuando se le retiró la férula colocada tras la intervención quirúrgica llevada a cabo durante su estancia en el hospital, pues -según razona- en ese momento “llevaba ya días con la lesión y ya no existía posibilidad de electroestimulación”; tratamiento que considera habría mejorado sus expectativas de recuperación.

Su reproche se centra en que las quejas que durante su ingreso formuló sobre la falta de sensibilidad y movilidad que percibía en su pie izquierdo no fueron atendidas, y estima que ante las mismas “debería haberse explorado y abierto la escayola sin permitir que el paciente se levantara, con lo que se habría apreciado la lesión”, y “haberse realizado una (electromiografía)”.

Sin embargo, no aporta ningún informe médico que avale sus manifestaciones en cuanto a la deficiencia de la atención recibida, que son refutadas por los únicos que figuran incorporados al expediente, emitidos a instancia de la Administración y suscritos por diversos especialistas.

Como cuestión preliminar, debemos señalar que según el análisis de los traumatólogos que informan a instancia de la compañía aseguradora la lesión se habría producido en el momento en que tiene lugar el traumatismo y no durante la inmovilización; aspecto que, en todo caso, no suscita controversia.

De los informes obrantes en el expediente destaca la afirmación (que el reclamante no contradice) relativa a la falta de incidencia del retraso alegado en las posibilidades de curación de la lesión (y, por tanto, en las secuelas que presenta), pues el manejo de la misma, que se considera correcto, se hubiera realizado igual con independencia de la anticipación del diagnóstico.

En cuanto a la electromiografía, se razona que su realización no está indicada en el momento inicial en que se produce una lesión del tipo de la padecida, al no permitir entonces su correcta valoración. El Jefe del Servicio de Rehabilitación manifiesta que el plazo mínimo requerido para que el estudio neurofisiológico presente utilidad es de seis semanas, y aunque en este caso la prueba se realizó a los tres meses y medio lo califica como un tiempo razonable

(dato que no discute el reclamante). El mismo profesional advierte, en cuanto al tratamiento, que “la electroestimulación” que propone el perjudicado tampoco sirve para recuperar lesiones nerviosas, ya que se realiza “para evitar atrofia mientras se espera la reinervación”, por lo que efectuar dicha técnica precozmente no hubiera modificado la evolución.

En cuanto a la cuestión de si el enfermo se quejó o no durante el ingreso de sintomatología sugestiva de la lesión neurológica, las notas de progreso correspondientes (que el perjudicado no objeta) nada reflejan al respecto. Sí consta en ellas que dos días antes del alta se permitió la deambulación sin apoyo, e incluso el día antes que el paciente se encontraba “levantado y paseando” (sin que figure ninguna mención a molestias o dolor). Por su parte, en el informe relativo a la consulta de Neurología llevada a cabo el 27 de noviembre de 2015 se especifica que el interesado manifiesta al retirarle la escayola que es en ese momento “cuando es plenamente consciente (de) que no siente la zona del empeine y los dedos del pie izdo., que no puede levantar el pie”. Ello permite inferir que, aun siendo posible que percibiera ciertos síntomas propios de la lesión nerviosa, también lo es que la lesión tendinosa que padecía y la inmovilización que requería su tratamiento pudieron enmascarar las sensaciones que producía aquella.

En todo caso, debemos concluir, por los motivos expuestos, que ni la prueba diagnóstica ni el tratamiento que según el reclamante habrían mejorado sus posibilidades de recuperación resultaban procedentes. Al contrario, los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora sostienen la ausencia de pérdida de oportunidad terapéutica (como ya hemos señalado, no rebatida), y que, por tanto, la anticipación del diagnóstico no hubiera significado una mejor evolución de la dolencia.

Así las cosas, este Consejo no puede sino concluir que no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada al interesado hubiera infringido la *lex artis ad hoc*, y que las secuelas que presenta no guardan relación con una mala práctica médica, sino que son consecuencia del traumatismo sufrido.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

Fdo.: Bernardo Fernández Pérez

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.