

Expediente Núm. 10/2020
Dictamen Núm. 25/2020

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de febrero de 2020, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de enero de 2020 -registrada de entrada el día 15 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a una intervención quirúrgica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 19 de abril de 2018, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada previamente en una oficina de correos (la fecha es ilegible) por los daños y perjuicios sufridos a raíz de una intervención quirúrgica.

Señala que el 19 de julio de 2017 “ingresó programadamente en el Hospital “X” con el fin de que le practicaran una ligamentoplastia por artroscopia debido a una lesión que padecía en el ligamento posterior de su rodilla derecha./ La intervención se efectúa en fecha 20 de julio de 2017, al

parecer, según indica la (doctora) que practicó la cirugía (...), sin incidencias. Sin embargo, tras la reanimación el paciente experimenta un fuerte dolor que no cede con (la) analgesia administrada, por lo que se le practica bloqueo del nervio./ Al día siguiente, y tras las oportunas pruebas, el equipo médico informa que deben operar urgentemente y que no descartan la amputación del miembro. Los cirujanos vasculares colocan un baipás en la arteria y vena seccionados el día anterior durante la intervención. Más tarde la anestesista de guardia informa a la familia de que está en peligro no solo la pierna, sino la vida (...), por posible fallo renal”.

Indica que “los siguientes días el paciente permanece con mucho dolor, pálido, con fiebre, muy adormilado, sangrando mucho y despidiendo un olor fétido muy fuerte./ En fecha 24 de julio (...) es trasladado al Hospital `Y´. Tras practicarle varias intervenciones de desbridamiento, finalmente el 1 de agosto practican la amputación de la pierna (...) por debajo de la rodilla. Como consecuencia de presentar la herida quirúrgica en malas condiciones y encontrarse con fiebre de 39,5º con alto riesgo de sepsis el 3 de agosto el equipo médico (...) vuelve a amputar la pierna (...). Esta vez por encima de la rodilla./ El 8 de agosto es sometido a una nueva intervención (la 8.ª) y permanece ingresado” en el Hospital “Y” “hasta que, en fecha 25 de agosto, le dan el alta./ En conclusión, el perjudicado ingresó para ser intervenido simplemente de un ligamento cruzado posterior de su rodilla derecha y la presunta mala praxis cometida por el personal sanitario del Hospital `X´ y el Hospital `Y´ ha ocasionado una doble amputación en la pierna derecha del joven”.

Manifiesta que “en este momento no podemos determinar la petición, por cuanto el paciente todavía no dispone de alta médica definitiva que permita valorar el periodo de curación total y secuelas. Asimismo, hemos encargado informe médico pericial del que aún no disponemos a día de la fecha, pero que tan pronto dispongamos de él lo trasladaremos con la oportuna cuantificación y, por tanto, determinación de la petición de indemnización por responsabilidad patrimonial sanitaria”.

Adjunta poder general para pleitos otorgado por el interesado a favor, entre otros, de la letrada que presenta la reclamación.

2. Previa solicitud formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, se incorpora al expediente una copia de la historia clínica relativa a la asistencia prestada al interesado, tanto en el Hospital "X" como en el Hospital "Y".

3. Con fecha 28 de mayo de 2018, el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "X" informa que "el paciente (...) fue valorado en la consulta externa de este Servicio el 15 de mayo de 2017 por dolor e inestabilidad de la rodilla derecha de años de evolución. Con el diagnóstico de inestabilidad posterior y con RM (...) (2-6-2017) informada como rotura parcial de ligamento cruzado posterior (...) se programa para intervención quirúrgica, ingresando para su realización el 19-7-2017 tras realizar consentimiento informado./ El 20-7-2017 se realiza reconstrucción quirúrgica del (ligamento cruzado posterior) mediante aloinjerto procedente de banco. En el posoperatorio inmediato precisa atención por parte de la guardia de Cirugía Ortopédica y Traumatología (...) por dolor intenso en la extremidad intervenida, mejorando con la medicación administrada./ En la mañana del 21-7-2017 y ante la sospecha de síndrome compartimental e isquemia aguda se realiza angio-TAC urgente, informado como hematoma en hueso poplíteo con imagen compatible con pseudoaneurisma. Es reintervenido con carácter urgente por el Servicio de Cirugía Vascul, que aprecia sección completa de arteria y vena poplíteas y de nervios ciático-poplíteo interno y externo, realizando reparación de arteria y vena poplíteas, fijaciones perineurales de los cabos de los nervios -para una reconstrucción posterior- y fasciotomía de los 4 compartimentos de la pierna./ En el posoperatorio de esta segunda intervención mantiene buena coloración y temperatura de la extremidad a nivel distal con escaso débito por los drenajes. El paciente es controlado por C. Vascul y (Cirugía Ortopédica y Traumatología) en repetidas ocasiones según las notas del curso clínico. En las mismas se informan varios episodios de dolor que

mejoran con analgesia, retirada del Redón de la articulación y cambio de vendaje. Figuran también varias curas en (las) que se informa del buen aspecto de las heridas, con episodio de dolor intenso en la zona de la fasciotomía medial en una de ellas que cede tras administración de cloruro mórfico. El pie se mantiene caliente y bien perfundido en todo momento./ Durante todo el posoperatorio el paciente permaneció en la Unidad de Reanimación y fue valorado” por los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de Cirugía Vasculuar y de Anestesia.

Añade que el 24 de julio de 2017 fue “trasladado al Hospital Universitario Central de Asturias para continuación de tratamiento por parte del Servicio de Cirugía Plástica. En la nota final del Servicio de Anestesia, a las 12:00 horas, se informa de paciente de 21 años con posoperatorio de cirugía urgente por traumatismo arterio-venoso poplíteo iatrogénico tras ligamentoplastia de cruzado posterior en miembro inferior derecho (...), habiéndose realizado reparación arteriovenosa poplítea. El paciente estuvo estable hemodinámicamente sin necesidad de transfusión ni amins. Afebril, a tratamiento con Tazocel. Escaso débito por drenaje, con buena evolución manteniendo temperatura y coloración del (miembro inferior derecho) y buen relleno vascular. Control de CPK y función renal con buena respuesta diurética. Control del dolor con morfina i. v., iniciado tratamiento con elastomérica de Enantyum, Adolonta e Yatrox”.

4. El día 8 de julio de 2018, previo requerimiento del Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante, emite informe una especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología a instancias de la compañía aseguradora. En él indica que “la cirugía artroscopia de rodilla es un procedimiento muy frecuente, poco invasivo y con una comorbilidad relativamente baja, pero no está exenta de complicaciones, entre las cuales las vasculonerviosas son las más graves potencialmente. La incidencia de complicaciones vasculonerviosas según las series más largas es del 0,56-1,68 % (...). De entre todos los procedimientos quirúrgicos de la rodilla, la reconstrucción artroscópica del ligamento cruzado posterior y la artroplastia total de rodilla son los que más riesgo presentan de

lesión vascular debido a la proximidad de los instrumentos quirúrgicos a los vasos poplíteos. Varios estudios han definido los pasos quirúrgicos con mayor riesgo, que son la realización de un portal posteromedial, el desbridamiento de la cápsula posterior, el paso de la guía de túnel tibial y la realización del túnel tibial". Afirma que "el pronóstico de la lesión de los vasos poplíteos depende de la duración de la isquemia del miembro. En los pacientes que desarrollan isquemia aguda y se diagnostica precozmente la reparación en menos de 6 horas reduce considerablemente el riesgo de amputación. En ocasiones el diagnóstico no es tan evidente y pueden formarse pseudoaneurismas que retrasan el diagnóstico y tratamiento de la lesión vascular incluso semanas o meses".

A continuación, partiendo de la patología que presentaba el paciente "rotura del ligamento cruzado posterior que le ocasionaba inestabilidad en su rodilla", sostiene que "la indicación quirúrgica fue correcta y el tratamiento propuesto, ligamentoplastia artroscópica con aloinjerto, también". Pone de relieve que, a la vista del informe quirúrgico, "no constan incidencias" en la reconstrucción artroscópica realizada, y tampoco existe anotación de "ninguna anomalía tras la retirada del manguito de isquemia", y subraya que "cuando se produce una lesión vascular grave (como es la sección del paquete poplíteo) lo esperable es que se produzca un sangrado activo profuso y la pierna presente un déficit evidente, permaneciendo pálida, fría y sin pulsos distales". Señala que "la cirugía finalizó a las 12:35 y permaneció en la Sala de Despertar hasta las 15:21, sin objetivarse tampoco complicaciones durante este periodo. Se realizó un bloqueo nervioso periférico a las 15:00 por dolor. No había evidencia de sangrado excesivo por el drenaje ni signos clínicos de anemización o inestabilidad hemodinámica. El estado neurológico distal no era evaluable por el bloqueo anestésico".

Añade que durante la noche, con el paciente ya en planta, "se avisó al traumatólogo por dolor intenso que mejoró tras la administración de medicación y aflojamiento del vendaje. Fue correctamente explorado, apreciándose tumefacción importante en la pierna. Se indicaron medidas antiinflamatorias y mejoró, estando a las 00:39 y 1:30 asintomático y con menos tensión en el

compartimento. A las 4:57 también estaba sin dolor, aunque persistía hipoestesia en pie que se atribuyó al bloqueo nervioso realizado”.

Considera que, “aunque inicialmente se pudo sospechar síndrome compartimental (por el aumento de la tensión de los compartimentos), la mejoría evidente con medidas antiinflamatorias y los periodos asintomáticos lo descartaban. No consta en las anotaciones de la historia clínica que hubiera datos de isquemia en la pierna en estas valoraciones. La ausencia de captación del pulsioxímetro podía deberse a la tumefacción de la extremidad”. En estas condiciones, estima que no sería hasta la mañana del día 21 de julio cuando se evidenciarían los “signos de isquemia distal aguda y síndrome compartimental”, por lo que no cabe hablar de “retraso en el diagnóstico”. A la vista de los hallazgos del angioTAC urgente que le fue realizado al paciente, refuerza esta conclusión con el argumento de que los mismos probarían que “algo de flujo arterial distal había, lo que retrasó la aparición de signos de isquemia evidente”.

Deja constancia de que el enfermo, con carácter previo a la intervención realizada, firmó el preceptivo consentimiento, siendo correctamente informado del riesgo de lesión vasculonerviosa finalmente objetivada.

Concluye que la asistencia prestada “en relación a la intervención quirúrgica realizada el 20 de julio en su rodilla derecha y a las complicaciones acontecidas fue acorde a la *lex artis*. Desgraciadamente ocurrieron complicaciones graves que derivaron en la amputación del miembro inferior derecho, pero tanto el diagnóstico como el manejo de las mismas fue correctamente realizado por parte de los facultativos que le atendieron. La reconstrucción artroscópica del (ligamento cruzado posterior) es una de las cirugías con mayor riesgo de lesión vasculonerviosa”.

5. Mediante escrito notificado al interesado el 20 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Previa comparecencia del representante del perjudicado en las dependencias administrativas, momento en el que se le hace entrega de una copia de la documentación obrante en el expediente, el día 8 de agosto de

2018 se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones -presentado previamente en una oficina de correos y cuya fecha resulta ilegible- al que se adjuntan dos informes periciales y la transcripción notarial de un mensaje de WhatsApp, todo ello como medio de prueba de la supuesta negligencia médica sobre la que se fundamenta la reclamación.

El primero de los informes lo suscribe el 9 de mayo de 2018 un especialista en Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación, y en él se concluye que "por la sintomatología que refiere al inicio de su problema y por los informes aportados consideramos que la intervención quirúrgica no debía haberse realizado y sí tratar de conseguir la curación con un tratamiento conservador".

En el segundo, elaborado el 28 de junio de 2018 por un especialista en Cirugía Cardiovascular, se indica que "es ampliamente considerado que (a) cualquier paciente con signos evidentes de trauma vascular, como hemorragia activa, hematoma expansible, ausencia de pulsos, frialdad de la extremidad afecta y en este caso con el antecedente de cirugía traumatológica previa, se les deben (...) realizar pruebas diagnósticas con carácter de urgencia (angioTAC), debiendo ser llevados a quirófano de forma inmediata./ En nuestra opinión, y por los datos recogidos de las historias clínicas que nos han sido facilitadas, consideramos que en el posoperatorio inmediato de la ligamentoplastia realizada al paciente (...) existen datos objetivos de traumatismo arterio-venoso iatrogénico, lo que muchos autores consideran 'signos duros' y que justifican plenamente la sospecha de lesión arterial severa y por tanto la realización de pruebas objetivas del diagnóstico".

Se acompaña también un "acta de requerimiento" autorizada por un notario, en la que se transcribe el contenido de un mensaje de WhatsApp remitido al teléfono de la madre del perjudicado desde un número que -se afirma- corresponde al de la facultativa que llevó a cabo la operación y en el que esta se dirige a aquella "reconociendo su responsabilidad y pidiendo disculpas por ello".

Mediante oficio de 9 de agosto de 2018, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora de la Administración.

6. El día 19 de octubre de 2018, la representante del perjudicado presenta un escrito en una oficina de correos en el que, sirviéndose de un nuevo informe pericial elaborado el 7 de septiembre de 2018 por un especialista vía MIR en Medicina Legal y Forense, procede a la cuantificación del daño sufrido, cifrándolo en doscientos setenta y ocho mil setenta y dos euros con setenta y cinco céntimos (278.072,75 €), cantidad que desglosa en los siguientes conceptos: “perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida”, en atención a 16 días muy graves y 137 días graves, 11.935,06 €; 74 puntos de “perjuicio psico-físico, orgánico y sensorial”, 215.477,79 €, y 30 puntos de “perjuicio estético importante”, 50.659,90 €.

No obstante, teniendo en cuenta que en el informe que se aporta en este momento al expediente aparecen recogidos una serie de perjuicios y gastos previsibles no contemplados en los anteriores conceptos -“perjuicio moral por pérdida de calidad de vida (...); gastos previsibles de asistencia sanitaria futura (...); necesidad de tercera persona (...); perjuicio moral complementario por perjuicio psico-físico, orgánico y sensorial (...); prótesis y ortesis (...); gastos por rehabilitación domiciliaria y ambulatoria futura (...); gastos por ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal (...); gastos de obras por adaptación domiciliaria”-, se advierte que en la anterior valoración no figuran incluidas estas partidas, por lo que “podrán ser cuantificadas una vez dispongamos de informes de los distintos expertos, de los que no contamos a día de la fecha./ Tan pronto como nos sea posible la cuantificación de los distintos conceptos presentaremos su debida justificación e importe incorporándolos al presente expediente”.

7. Con fecha 24 de octubre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona la necesidad de la intervención a la

que fue sometido el perjudicado y señala que las complicaciones habidas -lesión vascular y posterior amputación de la pierna- constituyen la materialización de parte de los riesgos consustanciales a la operación realizada y que como tales aparecen expresamente recogidos en el consentimiento informado que previamente firmó. Por otra parte, califica de "inexplicable" que la representación del reclamante se sirva de un mensaje de WhatsApp como medio de prueba de la mala praxis que denuncia, toda vez que lo único que esto pone de manifiesto "es que la cirujana y la madre se conocían, ya que ningún médico manda WhatsApps a sus pacientes y familiares, y que lamenta, como es natural, que haya sufrido la amputación de la pierna".

8. Mediante oficio de 8 de noviembre de 2018, esa Presidencia solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

9. Este Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 3 de mayo de 2019, emite dictamen en el que, sin pronunciarse sobre el fondo de la cuestión planteada, estima procedente la retroacción del procedimiento con la finalidad de que los servicios que prestaron asistencia al reclamante a lo largo del episodio clínico cuestionado emitan un nuevo informe a la vista de los informes periciales incorporados al expediente por el perjudicado en el trámite de alegaciones.

10. Tras la retroacción del procedimiento, el 9 de agosto de 2019 emite informe una Jefa de Sección del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "X". En él señala, respecto a la conclusión de que "por la sintomatología que refiere al inicio de su problema y por los informes aportados consideramos que la intervención quirúrgica no debía haberse realizado y sí tratar de conseguir la curación con un tratamiento conservador" -alcanzada en el informe pericial elaborado a instancias del perjudicado por un especialista en Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación-, que "el paciente (...) fue valorado en consultas externas de nuestro hospital en mayo de 2017, tras haber

transcurrido tres años desde la lesión, por una inestabilidad posterior y dolor de rodilla izquierda mal tolerados. Una vez agotado un tiempo prudencial de actitud conservadora estos síntomas de dolor e inestabilidad objetiva y subjetiva por los que consulta pueden justificar el criterio principalmente clínico, más que basado en pruebas diagnósticas, de la indicación quirúrgica. La persistencia de la sintomatología es una de las indicaciones quirúrgicas reconocidas en la bibliografía./ La técnica quirúrgica (...) descrita es la contrastada en la literatura de la especialidad. El propio perito traumatólogo (...) habla de que en los casos que precisan intervención el uso de aloinjerto de Aquiles es el más elegido, así como los sucesivos pasos de la intervención realizada./ En el transcurso de la intervención se produjo una complicación neurovascular grave, infrecuente pero descrita en la literatura y en los impresos oficiales de consentimiento informado, debidamente cumplimentados en este caso”.

En cuanto a la “omisión” denunciada en los informes periciales aportados por el interesado, concretada en la afirmación de que la historia clínica aporta “datos objetivos de traumatismo arterio-venoso iatrogénico, lo que muchos autores consideran ‘signos duros’ y que justifican plenamente la sospecha de lesión arterial severa y por tanto la realización de pruebas objetivas del diagnóstico”, indica que “la lesión producida es devastadora *per se* y, en el mejor de los casos, causa de secuelas invalidantes graves e incluso de muerte./ El diagnóstico precoz se vio dificultado por el enmascaramiento de los síntomas y signos que se produjo debido a las medidas propias del posoperatorio y seguramente por la persistencia de cierto flujo parcial y circulación colateral en paciente joven. Por lo anterior, la mención de los ‘signos duros’ que hace el perito (...), siendo irrefutable en la mayoría de los casos, puede resultar de difícil aplicación en un paciente que presenta un edema posquirúrgico y por la administración de la medicación propia del posoperatorio, pudiendo contrarrestar los mencionados signos. El número de anotaciones posoperatorias tanto por parte del personal de enfermería como médico descartan la falta de asistencia o el abandono del paciente./ Una vez identificada la complicación, las medidas adoptadas fueron las apropiadas con reconstrucción vascular

inmediata e identificación de los cabos nerviosos seccionados en previsión de una reparación neural secundaria./ Desgraciadamente la evolución posterior fue nefasta al asociarse una infección grave multi-germen muy agresiva y que ponía en peligro la vida del paciente, lo que obligó finalmente a la amputación con las consecuentes graves limitaciones y secuelas físicas y psíquicas que produce en un paciente, máxime de esta edad, y perfectamente descritas y valoradas en los informes periciales que se aportan”.

Concluye que en su opinión “resulta difícil y muy dudosa la aplicación del término ‘mala praxis’ en su significado de mala gestión de un proceso por acción u omisión./ Indudablemente, haciendo hincapié en la excepcionalidad del caso, el desgraciado resultado de la intervención encaminada a mejorar la limitación funcional de una rodilla en un paciente joven ha resultado en un daño o perjuicio irreparable”.

11. Evacuado un segundo trámite de audiencia, el día 11 de noviembre de 2019 el reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones. En él indica, frente a la afirmación que se hace en el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital “X” de que la indicación quirúrgica por la que se optó lo fue “una vez agotado un tiempo prudencial de actitud conservadora (...), que no existió en ningún caso ‘actitud conservadora’ para solucionar las secuelas de la lesión que podía haber justificado la indicación de la intervención quirúrgica, ya que desde la lesión hasta la intervención quirúrgica transcurrieron tres años. Durante este periodo al paciente solo se le citó para acudir a consulta en tres ocasiones (14 de noviembre de 2014, 18 de julio de 2015 y 15 de mayo de 2017). Por problemas de horario con el instituto no pudo asistir al tratamiento rehabilitador recomendado únicamente en dos ocasiones por parte del equipo médico. Asimismo, tampoco hubo en ningún momento prescripción de tratamiento farmacológico, hecho que indica que no existieron dolores insoportables sino molestias ocasionales. No hubo ingresos hospitalarios, así como tampoco se prescribieron tratamientos traumatológicos”.

También se reafirma en su denuncia de retraso en el diagnóstico de la grave lesión que se produjo con ocasión de la intervención quirúrgica a la que fue sometido, déficit asistencial que en modo alguno quedaría desvirtuado, en su opinión, por las aclaraciones dadas al respecto en el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "X" tras la retroacción del procedimiento.

Por lo que se refiere a la valoración del daño, adjunta un "informe complementario" al elaborado el 7 de septiembre de 2018 por un especialista vía MIR en Medicina Legal y Forense, en el que se da por estabilizado al paciente el día 22 de octubre de 2019.

Mediante oficio de 20 de noviembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora de la Administración.

12. El día 11 de diciembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora una nueva propuesta de resolución en la que, de manera coincidente con la emitida el 24 de octubre de 2018, propone la desestimación de la reclamación presentada al considerar que la intervención quirúrgica era el tratamiento indicado y que no hubo retraso diagnóstico tras la complicación habida.

Con respecto a la primera de estas cuestiones, razona que "desde la lesión hasta la cirugía transcurrieron tres años en los que se pautó rehabilitación, no siendo necesario efectivamente prescribir medicación antiálgica. Los reclamantes insisten en que se podían haber seguido otros tratamientos pero en ningún momento mencionan cuáles".

En relación con la denuncia de retraso en diagnosticar la complicación quirúrgica, argumenta que "lo realmente ocurrido, fuera de reconstrucciones y afirmaciones realizadas *a posteriori*, muy fáciles de hacer pericialmente cuando ya se sabe el resultado final, fue que durante las primeras horas del posoperatorio la ausencia de síntomas y signos de lesión arterial aguda, como anemización, sangrado profuso por el drenaje, pie frío, pálido y mal perfundido,

etc. impidieron el diagnóstico de la lesión vascular. La mejoría de la tumefacción de la pierna con medidas antiinflamatorias, llegando a estar asintomático, también descartaban un síndrome compartimental”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de enero de 2020, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud, 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 según 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, de conformidad con 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 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 en una oficina de correos en fecha ilegible, pero en todo caso anterior al 19 de abril de 2018 -en que se registra de entrada en la Administración del Principado de Asturias-, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la intervención quirúrgica a la que fue sometido el perjudicado- el 20 de julio de 2017, por lo que es evidente que ha sido 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 del servicio afectado, 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 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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.- En la presente reclamación el perjudicado, que en el mes de julio de 2014 a la edad de 18 años sufrió una caída mientras jugaba al fútbol, dirige un doble reproche al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios con motivo de una operación, en concreto una "ligamentoplastia con aloinjerto" en su rodilla derecha, que se le practicó el 20 de julio de 2017 en el Hospital "X".

En primer lugar, cuestiona la indicación quirúrgica seguida y, en segundo término, basa su reclamación en lo que considera un retraso diagnóstico en la complicación (lesión arterial aguda) que siguió a la operación.

La documentación incorporada al expediente acredita que tras la cirugía realizada al reclamante se le objetivó un síndrome compartimental e isquemia distal aguda, y que a consecuencia de ello el 1 de agosto de 2017 hubo de practicársele una "amputación transtibial" y debido a una infección grave multi-germen muy agresiva el día 3 de ese mismo mes una "amputación femoral", lo que revela de forma evidente la efectividad de un daño.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ha señalado este Consejo Consultivo en ocasiones anteriores (por todos, Dictamen Núm. 218/2019), 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 concretos.

Por tanto, para poder apreciar si el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una infracción de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido en el contexto y circunstancias del caso concreto y el resultado dañoso.

En el supuesto examinado, siendo dos los reproches al funcionamiento del servicio público sanitario en los que el perjudicado basa su pretensión, se impone un examen por separado de los mismos.

Para el reclamante, la intervención quirúrgica que se le realiza el 20 de julio de 2017 en el Hospital "X" no estaría indicada. Apoya esta afirmación en la conclusión que se recoge en el informe pericial elaborado a su instancia el 9 de mayo de 2018 por un especialista en Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación, en el que se indica que "por la sintomatología que refiere al inicio de su problema y por los informes aportados consideramos que la intervención

quirúrgica no debía haberse realizado y sí tratar de conseguir la curación con un tratamiento conservador”.

Por contra, los autores de los informes incorporados al expediente por la Administración reclamada y su compañía aseguradora no comparten aquella conclusión. La especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que informa a instancias de la entidad aseguradora el 8 de julio de 2018 no alberga dudas al señalar que, partiendo de la patología que presentaba el paciente -rotura del ligamento cruzado posterior que le ocasionaba inestabilidad en su rodilla-, “la indicación quirúrgica fue correcta y el tratamiento propuesto, ligamentoplastia artroscópica con aloinjerto, también”.

Por su parte, tras la retroacción del procedimiento a instancias de este Consejo y a la vista del informe pericial del perito del reclamante, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital “X” señala que el paciente “fue valorado en consultas externas (...) en mayo de 2017, tras haber transcurrido tres años desde la lesión, por una inestabilidad posterior y dolor de rodilla izquierda mal tolerados. Una vez agotado un tiempo prudencial de actitud conservadora, estos síntomas de dolor e inestabilidad objetiva y subjetiva por los que consulta pueden justificar el criterio principalmente clínico, más que basado en pruebas diagnósticas, de la indicación quirúrgica. La persistencia de la sintomatología es una de las indicaciones quirúrgicas reconocidas en la bibliografía”.

En la misma línea, el técnico que elabora la propuesta de resolución razona que “desde la lesión hasta la cirugía transcurrieron tres años en los que se pautó rehabilitación, no siendo necesario efectivamente prescribir medicación antiálgica. Los reclamantes insisten en que se podían haber seguido otros tratamientos pero en ningún momento mencionan cuáles”.

Al respecto, este Consejo advierte que, a la vista de los diferentes informes incorporados al expediente y de la historia clínica remitida y por contraposición a lo afirmado por el reclamante y su perito, la indicación quirúrgica finalmente seguida lo fue una vez constatada la falta de mejoría de los tratamientos conservadores inicialmente propuestos al paciente y pautados

durante un periodo de seguimiento de la lesión durante tres años, a cuyo fracaso no resultó ajena su propia conducta.

En efecto, conviene recordar que la caída que se encuentra en el origen de la patología desarrollada por el perjudicado se produjo en el mes de julio de 2014, cuando se encontraba jugando al fútbol, y que en el mes de noviembre de 2014 se le recomendó rehabilitación que, tal y como reconoce su propio perito -especialista en Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación- “no hizo”. Casi un año después, como reseña el mismo perito, “el día 30 de septiembre de 2015, le indican (que) debe rehabilitarse pero no acude”. Tras la retroacción del procedimiento, en su escrito de alegaciones el propio reclamante admite que “por problemas de horario con el instituto no pudo asistir al tratamiento rehabilitador recomendado únicamente en dos ocasiones por parte del equipo médico”. Es decir, que frente a lo sostenido tanto por el perjudicado como por su perito, sí que le fue pautado un tratamiento conservador previo a la solución quirúrgica, aunque no lo siguió. Por ello, ante la persistencia de un cuadro de dolor e inestabilidad en la rodilla derecha que se remontaba a prácticamente tres años atrás, el día 15 de mayo de 2017 el ahora reclamante, con un diagnóstico principal de “rotura parcial lcp”, autoriza en la consulta de Traumatología su inclusión en lista de espera quirúrgica para la operación propuesta, en concreto una “ligamentoplastia aloinjerto”; técnica que en el propio informe pericial que presenta el perjudicado, elaborado por un especialista en Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación, se indica que es el proceder “hoy en día dentro de los pocos casos que se operan (...), elegido por su elevada resistencia, breve tiempo quirúrgico, facilidad de paso (transtibial)”.

En estas condiciones, tal y como hemos anticipado, este Consejo considera que la indicación quirúrgica finalmente seguida, aceptada incluso como técnica recomendada por la pericial de parte, no puede ser conceptuada como una infracción a la *lex artis*, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por este primer motivo.

En segundo lugar, el interesado invoca un retraso diagnóstico en la complicación habida con ocasión de la cirugía que se le practicó. Para el estudio de esta cuestión debemos partir de que en el consentimiento informado previo

a la intervención quirúrgica, firmado por él con fecha 15 de mayo de 2017, se recogen entre los riesgos típicos de la cirugía de ligamentos la "lesión de los vasos de la pierna. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad (...). Lesión de los nervios de la pierna".

Al respecto existe coincidencia en los peritos informantes, incluidos los del reclamante, acerca de la gravedad de la aparición de este tipo de complicaciones, cuya incidencia sitúa la especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que informa a instancias de la entidad aseguradora en el intervalo del "0,56-1,68 %". Esta misma facultativa pondera en un máximo de seis horas, a contar desde el momento en que se produce una complicación de este tipo, el límite temporal en el que el diagnóstico precoz de una lesión arterial aguda como la ocurrida en este caso permite reducir el riesgo de amputación del miembro afectado. En similares términos se pronuncia el informe pericial elaborado por el especialista en Cirugía Cardiovascular que aporta el interesado cuando afirma que "el tiempo de oro para realizar la reperusión oscila entre 3 y 6 horas".

En este contexto, ante una complicación -posible aunque infrecuente- que como tal aparece descrita en el documento de consentimiento informado previo firmado por el reclamante, lo que excluye que su materialización encierre *per se* una infracción a la *lex artis*, la controversia se reduce a despejar si en las seis horas que siguieron a la finalización de la intervención quirúrgica se pusieron o no de manifiesto lo que el especialista en Cirugía Cardiovascular califica como "signos duros" que debían haber orientado a una "sospecha de lesión arterial severa y, por tanto, la realización de pruebas objetivas del diagnóstico de sospecha (ecodoppler y/o angiotac)".

Al respecto, debemos recordar que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes, y que no cabe reconstruir el caso a la vista de las consecuencias producidas a modo de apreciación retroactiva de los síntomas. En otras palabras, y como venimos señalando de forma constante (por todos,

Dictámenes Núm. 76/2019, 213/2019 y 146/2019), el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido al formularse la reclamación. Como señala la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 16 de marzo de 2009 -ECLI:ES:TSJAS:2009:1386- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), “lo cierto es que el juicio que debe efectuarse no es el juicio *ex post* una vez conocido todo el desarrollo posterior, sino un juicio *ex ante* para en función de los datos y circunstancias conocidas en ese momento la decisión hubiera sido o no correcta”.

A su vez, en la confrontación de las pruebas periciales procede también recordar que la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes pues, “naturalmente, en la ponderación no es suficiente la mera constatación del criterio cuantitativo”, debiendo acudir a “un criterio valorativo” que conduce a postergar la pericial que omite el análisis “de todo el conjunto de datos que contextualizaban la situación” del paciente (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª). Por ello no cabe atribuir mayor fuerza de convicción a lo reseñado por las periciales construidas *ex post facto* que a lo dictaminado por los técnicos que se detienen en las circunstancias concurrentes al tiempo del diagnóstico.

En el supuesto examinado consta que la intervención quirúrgica en el curso de la cual se produjo la complicación finalizó en torno a las 13:00 horas del día 20 de julio de 2017, por lo que, de acuerdo con lo informado por los peritos, un diagnóstico precoz de la grave lesión a la postre objetivada debería haberse alcanzado, de cara a evitar en la medida de lo posible una amputación, a más tardar antes de las 20:00 horas de ese mismo día.

Al respecto, repasada la historia clínica incorporada al expediente, nos encontramos con que a las 15:18 horas, momento en el que abandona la Sala de Despertar, el perjudicado se encontraba, según anota Anestesiología y Reanimación, "hemodinámicamente estable", con "buena oxigenación" y sin "bloqueo motor". A su paso a planta -15:21 horas-, enfermería reseña paciente "estable, buena analgesia, vendaje limpio, débito hemático de drenaje abundante". Ya en planta -15:45 horas-, el enfermo "no refiere dolor". La siguiente anotación se efectúa a las 21:30 horas, esto es cuando ya se había sobrepasado el límite de las 20:00 horas y, de acuerdo con lo reconocido por todos los técnicos informantes -incluso los traídos por el reclamante-, estaba rebasado el límite temporal en el que un diagnóstico precoz hubiera podido -eventualmente- evitar la amputación.

En consecuencia, con arreglo al cuadro clínico descrito y tomando como obligada referencia las 20:00 horas del día 20 de julio de 2017 -esto es, transcurridas ya siete horas desde la intervención-, este Consejo no puede compartir la afirmación categórica realizada por el especialista en Cirugía Cardiovascular propuesto por el perjudicado en el sentido de que existían "signos duros" que debían haber orientado a una "sospecha de lesión arterial severa y, por tanto, la realización de pruebas objetivas del diagnóstico de sospecha (ecodoppler y/o angiotac)". El perito del interesado se limita a indicar a que "en el posoperatorio inmediato de la ligamentoplastia (...) existen datos objetivos de traumatismo arterio-venoso iatrogénico", pero no especifica cuáles son esos concretos datos ni en qué momento se manifiestan, y tampoco los relaciona con la documentación clínica del episodio, en la que no se exteriorizan. Tal como se razona, en concordancia con la historia clínica, por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "X", un diagnóstico precoz como el que se sugiere por el perito del reclamante "se vio dificultado por el enmascaramiento de los síntomas y signos que se produjo debido a las medidas propias del posoperatorio y seguramente por la persistencia de cierto flujo parcial y circulación colateral en paciente joven".

No apreciándose, por lo señalado, retraso diagnóstico alguno antes de las 20:00 horas del día 20 de julio de 2017, la reclamación que se formula

limitada al pretendido retardo en el abordaje de la complicación, cuya desproporción no se invoca, ha de ser también desestimada.

En definitiva, concluimos que en el presente supuesto no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada al interesado hubiera supuesto una violación de la *lex artis ad hoc*, toda vez que los daños alegados no guardan relación con una mala praxis médica. La complicación que se presentó constituye la desgraciada concreción de uno de los riesgos descritos en el documento de consentimiento informado como consustancial a la intervención, que por lo demás era la que estaba indicada ante la falta de seguimiento por parte del propio paciente del tratamiento rehabilitador previo que le había sido pautado hasta en dos ocasiones.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.