

Dictamen Núm. 49/2021

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 25 de marzo de 2021, por medios electrónicos, 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 25 de enero de 2021 -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 el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, como consecuencia de un retardo diagnóstico.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de enero de 2020 un abogado, en nombre y representación de la viuda e hijos de un paciente fallecido, presenta a través del Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del óbito de su familiar, que atribuyen a la falta de diagnóstico precoz de una sepsis grave.

Tras exponer que “hasta el año 2014 era un paciente en seguimiento por diabetes mellitus tipo 2 asociado a obesidad (...), con riesgo cardiovascular alto (...), fumador y con insuficiencia renal crónica”, y que en “2015 (24 de marzo) se le diagnostica una pancreatitis aguda leve idiopática e infarto esplénico”, señala que el 2 de febrero de 2019 acude al Servicio de Urgencias del Hospital “refiriendo dolor muy intenso” en miembro inferior derecho “de una semana de evolución, asociado a úlcera en el talón en fase de curación que no calma con analgesia habitual”. Destaca, entre los resultados de la exploración clínica, una “úlcera necrótica en talón del pie derecho, en evolución”, y “úlcera incipiente en primer dedo del pie derecho”, así como una “discreta disminución de temperatura en pierna dcha.” y “pulsos distales débiles”, valorándose “el caso como isquemia crónica de extremidad inferior (...) en paciente con enfermedad renal crónica (...) y diabetes, y le dan de alta con la siguiente pauta: derivación a consulta con Cirugía Vascul./ Palexia 25 cada 12 horas hasta la referida consulta./ Curas ambulatorias de las úlceras en talón y primer dedo”.

Subraya -reproduciendo el contenido del informe pericial que acompaña- que “solamente con los datos de los antecedentes clínicos del paciente se podía hacer el diagnóstico que se incluyó en el informe de asistencia, pero todos los factores de riesgo y las patologías previas, prácticamente todas de origen isquémico, obligaban imperativamente a hacer algo más de lo que se hizo./ No se puede obviar que el objetivo fundamental, dentro de la estratificación del riesgo de estos pacientes con isquemia crónica de (extremidades inferiores), es valorar la existencia de una isquemia crítica (...). Por otra parte, el factor tiempo resulta vital”.

Explica que “el 5 de febrero de 2019, sobre las 17:30 horas, vuelve a Urgencias con el mismo cuadro de dolor en la pierna y el pie, esta vez acompañado de flictenas (ampollas) desde hace 24-48 horas y un aspecto de la extremidad mucho peor (...). A la exploración presenta:/ taquipnea. Solo presente el pulso femoral en (extremidad inferior derecha)./ Zonas extensas de

infarto agudo cutáneo y muscular en dorso del pie y pantorrilla en (extremidad inferior derecha). Úlcera talar con tejido liquefactado en (extremidad inferior derecha)./ Edema caliente hasta zona infragénica con frialdad distal y anestesia e incapacidad motora del pie en (extremidad inferior derecha). En (extremidad inferior izquierda): pulso femoral y poplíteo, sin pulsos distales y con placa de necrosis superficial en pulpejo del primer dedo. El pie izquierdo está caliente, sin alteraciones de sensibilidad o motilidad./ Se evalúa el caso como muy grave, con lesiones irreversibles en (extremidad inferior derecha) asociadas a datos de sepsis y con mal pronóstico vital. Se informa a la familia que la única forma de salvar la vida del paciente es con amputación urgente de la extremidad”, que se lleva a cabo sin complicaciones. Sin embargo, “en la sala de reanimación presenta inestabilidad hemodinámica, anuria y fiebre alta a pesar de tratamiento de rescate, falleciendo a las 4:45 horas del día 7 de febrero de 2019”.

Considera, con apoyo en el informe pericial que adjunta, que estamos ante una mala praxis y una pérdida de oportunidad por error diagnóstico, concluyendo que “existió una deficiente asistencia médica en fecha 2-2-2019, faltando a la obligación de medios y la diligencia que el caso requería, estableciéndose una relación directa entre la deficiente asistencia y el resultado final”.

Fija el *quantum* indemnizatorio en ciento treinta y seis mil trescientos dieciséis euros (136.316 €), de los cuales 75.116 € corresponderían a la viuda y 20.400 € a cada uno de los tres hijos del finado.

En el informe pericial que aporta se afirma que el día 2 de febrero de 2019 -según indica el hijo del paciente, que lo acompañó al Servicio de Urgencias- “el aspecto de la pierna y del pie era muy llamativo por inflamación brillante y coloración azulada oscura”, y se realiza una exposición sobre la isquemia crónica aportando datos estadísticos sobre la incidencia de la enfermedad y sus factores de riesgo, entre los que destaca la diabetes, el tabaquismo y la obesidad, reseñando que “la enfermedad vascular en miembros

inferiores es 20 veces más frecuente en diabéticos”. Sostiene el perito que, según la clasificación empleada (La Fontaine) en el caso de la isquemia crónica de los miembros inferiores, la situación dada el día 2 de febrero de 2019 permitía situar el caso del paciente en el grado IV, y destaca que, “además de esta clasificación clínica habitualmente utilizada en España, en la literatura anglosajona nos encontramos un término: isquemia crítica, que tiene especial relevancia para definir la situación de alto riesgo. Se define como `una isquemia en la que potencialmente puede perderse una extremidad o parte de ella´, y debe cumplir dos criterios: dolor de reposo persistente que requiere analgesia de forma habitual durante más de dos semanas y/o úlceras o gangrena en el pie o los dedos, además de presión sistólica en tobillo inferior a 50 mm Hg. Este criterio de isquemia crítica equivaldría a los grados III y IV de la clasificación de la Fontaine./ Con la historia y la exploración física adecuada podemos establecer en gran número de casos un diagnóstico de certeza tanto en el grado clínico como en la topografía. Sin embargo, son imprescindibles otros tipos de pruebas que nos permitan confirmar la sospecha clínica, cuantificar el grado de deterioro de la circulación arterial, la localización de estas lesiones, la evolución clínica y la respuesta a los tratamientos médicos o quirúrgicos. Estos tipos de pruebas son: los estudios vasculares no invasivos (ECO doppler arterial) y, por último, la angiografía”. El perito señala que los factores de riesgo del paciente “obligaban imperativamente a hacer algo más de lo que se hizo”, y que no se llevó a cabo un “evaluación rigurosa y precoz”, optándose por un tratamiento paliativo “ineficaz en estas fases del proceso y que no actúa sobre las causas, perdiendo un tiempo precioso y dando tiempo al proceso, iniciado con anterioridad a la primera asistencia (...). Se subestimó el riesgo con arreglo a sus antecedentes y datos de la inspección y palpación, la exploración clínica fue insuficiente y poco rigurosa”, y pone de manifiesto que la dolencia el día 2 de febrero de 2019 “todavía era susceptible de ser tratada correctamente, contando con un paciente en un buen estado general”.

Respecto a la asistencia dispensada el 5 de febrero de 2019, indica que fue “correcta en tiempo y forma, no tuvo influencia en el resultado dado lo avanzado del proceso isquémico y la gravedad del estado de la pierna del paciente”.

Se acompaña, asimismo, copia del poder general para pleitos otorgado por los interesados a favor del letrado que presenta la reclamación y del Libro de Familia.

2. Mediante escrito de 4 de febrero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. El día 28 de febrero de 2020, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente junto con los informes emitidos por el Servicio de Cirugía Vasculuar y la Jefa del Servicio de Urgencias del Hospital

El informe de seguimiento emitido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar el 24 de febrero de 2020, tras reseñar los datos del historial previo y de la consulta al Servicio de Urgencias el día 2 de febrero de 2019, describe el resultado de la exploración indicando que “no presenta signos de isquemia aguda en el momento actual”, y precisa que “en principio parece tratarse de un cuadro de isquemia crónica de M. inferiores en un paciente con una (enfermedad renal) crónica y diabetes; por ello (...) pauto analgesia y se cita a consulta de C. Vasculuar”. Añade que “se trata (...) de un paciente con múltiples factores de riesgo (...). En relación con la actuación del Servicio de Cirugía Vasculuar, nos remitimos al informe de exitus”, que reproduce, y en el que se deja constancia de que la familia mencionó un empeoramiento con evolución de

24-48 horas, “pero que el paciente no quiso acudir a Urgencias hasta hoy” (5 de febrero de 2019). Concluye que “de la comparación de ambas notas se puede colegir que se ha producido un cambio clínico muy significativo. En el momento de acudir de nuevo al Servicio de Urgencias el día 5 de febrero presenta fiebre elevada, taquipnea, infarto cutáneo y alteraciones analíticas que llevan al diagnóstico de sepsis”, conforme al cuadro que reseña de Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias hospitalarios, en el que se indica que “a pesar de los avances (...) la sepsis continúa teniendo una elevada mortalidad, que alcanza más del 40 % en las formas de sepsis grave”, y que “es un síndrome que carece, a día de hoy, de un patrón otro diagnóstico validado”. Tras exponer el contenido del documento de consenso que sirve de guía clínica y su validez desde el punto de vista científico, señala que en el caso objeto de análisis el día 5 de febrero, según se desprende de la revisión de la historia clínica, se observan datos (...) que sugieren claramente la instauración de una sepsis (...) y que no figuran reflejados en la valoración del día 2./ Por otro lado, la sepsis o septicemia es una afección médica grave causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección (...). Una vez establecido el diagnóstico se actuó conforme a las recomendaciones que figuran en las guías reseñadas, instaurando una antibioterapia inmediata y procediendo a revertir la anticoagulación (toma Sintrom) para practicar una amputación supracondílea. Desafortunadamente, pese a todas las actuaciones médicas la evolución fue desfavorable debido a la gravedad del cuadro y el paciente falleció dos días después”.

El informe suscrito por la Jefa de la Unidad de Urgencias describe el resultado de las exploraciones practicadas los días 2 y 5 de febrero de 2019, y concluye que en la primera valoración del paciente la anamnesis y la exploración detallada de las lesiones no hacen sospechar (...) una patología isquémica o infecciosa aguda asociada (...). Ante la sospecha de patología isquémica crónica se deriva para valoración de la misma en consultas externas”.

Añade que la sepsis es “una patología tiempo-dependiente en la que el retraso diagnóstico y tratamiento influye negativamente en su evolución. Dado que el día 2 el paciente no presentaba signos de infección y la familia describe empeoramiento de las lesiones entre 24/48 horas antes de acudir por segunda vez, no se puede achacar una mala valoración ni mala praxis a la actuación del facultativo que valoró al paciente el primer día./ Si no hubiera existido ese retraso en la valoración (...) es posible que la evolución del proceso hubiera sido diferente”.

4. Con fecha 6 de julio de 2020, se emite informe pericial por una facultativa a instancia de la compañía aseguradora de la Administración en el que se concluye que la actuación “habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis*”.

Señala que, a la vista de la documental aportada, no se detecta mala praxis en las actuaciones llevadas a cabo el día 2 de febrero de 2019 por el Servicio de Urgencias, indicando que “en ese momento el paciente presentaba sintomatología de semanas de evolución”. Destaca que en la exploración se detecta la presencia de pulsos distales débiles, “hallazgo que descarta la isquemia aguda”, y que “tampoco se constatan datos que sugieran un proceso infeccioso que hubiese requerido tratamiento antibiótico”, siendo en la segunda visita cuando queda constancia del “empeoramiento del estado general”.

Considera que “la actuación tras el diagnóstico de isquemia aguda y sepsis fue correcta, así como la indicación de amputación”.

5. Mediante oficio notificado a los interesados el 14 de octubre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

6. El día 6 de noviembre de 2020, los perjudicados presentan un escrito de alegaciones en el que se ratifican en su reclamación e indican que la pericial elaborada a instancias de la entidad aseguradora de la Administración “maneja incorrectamente la clínica de la isquemia crónica al señalar que en ese momento temporal el paciente no presentaba signos de isquemia aguda (...). Se aparta y desconoce la realidad científica y médica de los procesos de isquemia por obstrucción total de una arteria de la extremidad inferior”, y añaden que siendo el paciente un “diabético de larga duración la literatura médica enseña que la enfermedad vascular crónica en miembros inferiores es 20 veces más frecuente en diabéticos, estando presente por término medio en el 13 % de todos ellos, señalando que en el momento del diagnóstico el 8 % de los pacientes diabéticos presenta evidencia clínica de isquemia de miembros inferiores”. Exponen que “resulta del examen de la historia clínica que el aspecto de la pierna y pie con inflamación brillante y coloración azulada oscura con úlcera necrótica en talón del pie derecho evolucionando, con úlcera incipiente en primer dedo del pie derecho, discreta disminución de temperatura en pierna derecha y pulsos distales débiles evidencia fuera de toda duda la falta de aporte sanguíneo a la extremidad, lo que forzosamente permite afirmar la presencia de isquemia”, entendiéndose que dado que se trata de un proceso dinámico ello puede evolucionar de forma gradual y progresiva o “ Brusca y aguda”, concluyendo que los síntomas eran reveladores de isquemia.

Sostienen que “queda fuera de toda duda que no se estableció ese diagnóstico preciso” con base en la evolución posterior, y porque en “el informe de asistencia no se evidencia ni existe constancia de la toma de la TA del tobillo, lo que impidió conocer si ese parámetro estaba por debajo de 50 mm de Hg. Es decir, se prescindió de los síntomas y de su encuadramiento dentro de la escala Rutherford (...), siendo que dentro de la literatura de la angiología y cirugía vascular (se) exige realizar ese mínimo diagnóstico, sencillo pero esencial, que descansa sobre tres pilares básicos”, siendo el tercero un estudio doppler “que objetiva la falta de riego”.

Concluyen que “con los medios y avances actuales de la medicina podría haberse enfrentado esa patología sin comprometer la vida del paciente”, reiterando sus pretensiones.

7. Con fecha 23 de noviembre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que el día 2 de febrero de 2019 “no se han detectado actuaciones que supongan mala praxis (...); los profesionales atendieron al paciente conforme el nivel asistencial propio del Servicio de Urgencias y a la sintomatología que este presentaba, no hallando indicios que permitan vincular su fallecimiento con el funcionamiento del servicio público sanitario”.

Concluye que se actuó conforme a los protocolos aplicables “atendiendo a la finalidad de los Servicios de Urgencias, que no es la realización de estudios complementarios con carácter urgente”, y que es posteriormente cuando “sobreviene un empeoramiento del estado general del paciente y de las lesiones, durante las 24-48 horas previas al ingreso, que tiene lugar el 05-02-2019 tras nueva asistencia”, momento en el que “se evalúa el caso como muy grave”, requiriéndose la práctica de una amputación urgente que “se realiza sin complicaciones, pero en la sala de reanimación presenta inestabilidad hemodinámica y fiebre alta a pesar del tratamiento de rescate, falleciendo en la madrugada del 07-02-2019”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de enero de 2021, 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 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), están los reclamantes activamente legitimados 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.

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 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 con fecha 23 de enero de 2020, y los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- se producen el día 7 de febrero de 2019, por lo que es claro 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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se observa 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 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 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.- Reclaman los interesados una indemnización por el daño sufrido a causa del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que achacan a la deficiente asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital, considerando que no se apreció la gravedad de las lesiones que presentaba en

el talón y dedo del pie y teniendo que regresar a dicho Servicio a los tres días en un estado que obligó a llevar a cabo la amputación urgente del miembro inferior derecho, a pesar de lo cual no se pudo salvar su vida falleciendo poco después.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se reclama. Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 250/2020), 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*. Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*, entendiendo 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 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 previo estado del paciente 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 elementos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, recae sobre los reclamantes la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización se pretende.

En el supuesto planteado, los perjudicados reprochan al servicio público sanitario la inadecuada interpretación de los síntomas que presentaba el paciente cuando acudió al Servicio de Urgencias el día 2 de febrero de 2019, refiriendo dolor muy intenso de una semana de evolución que no calma con analgesia habitual, asociado a una úlcera necrótica en el talón derecho y úlcera incipiente en un dedo del mismo pie. Tras la exploración se valora el caso como isquemia crónica, siendo dado de alta con derivación a la consulta del Servicio de Cirugía Vascular, prescripción de medicación y curas ambulatorias. Los reclamantes aportan un informe pericial en el que se afirma que a la luz de los antecedentes clínicos el diagnóstico era adecuado, pero que no se actuó correctamente dado que “los factores de riesgo (...) y las patologías previas, prácticamente todas de origen isquémico, obligaban imperativamente a hacer algo más de lo que se hizo”, exponiendo las razones clínicas y los criterios médicos conforme a los cuales deberían haberse realizado ciertas pruebas. En dicho informe se trata el caso como una isquemia crítica en la que el “factor tiempo resulta vital”, y se concluye que “existió una deficiente asistencia médica en fecha 2-2-2019, faltando a la obligación de medios y la diligencia que el caso requería, estableciéndose una relación directa entre la deficiente asistencia y el resultado final”, pues “se subestimó el riesgo con arreglo a sus antecedentes y datos de la inspección y palpación”, entendiéndose que en esa fecha la dolencia “todavía era susceptible de ser tratada correctamente, contando con un

paciente en un buen estado general". Respecto a la asistencia dispensada con posterioridad, tanto la prestada el día 5 de febrero de 2019, cuando el paciente regresa al Servicio de Urgencias, como la relativa a la intervención quirúrgica de la amputación, no formulan los reclamantes reproche alguno.

Queda por tanto circunscrita la alegación de mala praxis a la asistencia recibida en el Servicio de Urgencias el día 2 de febrero de 2019, en que el paciente acude presentando úlceras y otros síntomas (pulsos distales débiles, inflamación, coloración azulada y disminución de la temperatura del miembro inferior afectado) que se valoraron como isquemia crónica y que en los días, incluso horas, posteriores llevaron a un empeoramiento de su estado tal que cuando regresó nuevamente al referido Servicio tres días después hubo de procederse a una amputación para intentar salvar su vida, sin lograrlo, achacando la falta de práctica de pruebas necesarias como el llamado estudio doppler que objetiva la falta de riego.

Frente a lo manifestado por los reclamantes, la propuesta de resolución entiende que en la asistencia prestada el día 2 de febrero de 2019 no se revela mala praxis, y que "los profesionales atendieron al enfermo conforme el nivel asistencial propio del Servicio de Urgencias y a la sintomatología que este presentaba", insistiendo en que se actuó de acuerdo con los protocolos aplicables "y atendiendo a la finalidad de los Servicios de Urgencias, que no es la realización de estudios complementarios con carácter urgente".

Tanto el informe emitido por la Jefa de la Unidad de Urgencias como el elaborado por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital justifican la valoración inicial llevada a cabo el día 2 de febrero de 2019 a la luz de los síntomas, exploración practicada y teniendo en cuenta la historia clínica del paciente, con manifiestos factores de riesgo previos (en particular, enfermedad renal crónica y diabetes), reflejando que en esa fecha "no presentaba signos de infección" y que "la familia describe empeoramiento de las lesiones entre 24/48 horas antes de acudir por segunda vez", "pero que el paciente no quiso acudir a Urgencias hasta hoy" (5 de febrero de 2019),

poniendo de relieve la aplicación de la guía clínica que corresponde, conforme a la cual en la valoración efectuada en la primera asistencia no se revelaban signos de sepsis.

De la documental aportada por la Administración resulta acreditado que se llevó a cabo una exploración ajustada a los síntomas y antecedentes del paciente, siendo justificada la derivación al servicio de Cirugía Vasculuar y la pauta de mediación, produciéndose con posterioridad un cambio significativo en su estado puesto que en “el momento de acudir de nuevo al Servicio de Urgencias el día 5 de febrero presenta fiebre elevada, taquipnea, infarto cutáneo y alteraciones analíticas que llevan al diagnóstico de sepsis”. En este sentido, como hemos señalado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictamen Núm. 137/2020), lo exigible al servicio, tanto en atención primaria como en urgencias, es una asistencia adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, “ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros y considerada la impropiedad de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud”. Por otra parte, si bien la pericial aportada por los reclamantes justifica en términos teóricos la necesidad de otro proceder por parte de los Servicios de Urgencias, hemos de atenernos a la explicación proporcionada en los informes emitidos por los Servicios intervinientes, que acreditan con el debido respaldo científico lo acertado de las decisiones tomadas y el adecuado seguimiento de ciertos protocolos de actuación, lo que debe ser interpretado en términos de admisibilidad de diferentes criterios en el campo médico, prevaleciendo la aplicación de los protocolos seguidos por el centro hospitalario de que se trate. Debe advertirse además que consta en el expediente que la sepsis puede evolucionar de forma brusca y progresiva en poco tiempo y que en el intervalo de 24/48 horas después de la primera consulta en urgencias el reclamante, según el testimonio

de sus familiares, no quiso acudir a los servicios sanitarios hasta el día 5 de febrero de 2019. Finalmente, a lo anterior se suma que la aparición de la sepsis es, a la luz de la documental obrante en el expediente, posterior al alta del paciente en el Servicio de Urgencias, siendo determinante de su rápido empeoramiento, sin que pueda por tanto achacarse el fatal desenlace a un error diagnóstico por parte de dicho Servicio.

En suma, en el caso que analizamos no se objetiva una infracción de la *lex artis* en el proceso asistencial, sin que pueda entenderse acreditada una pérdida de oportunidad terapéutica, lo que necesariamente debe llevar a la desestimación de la reclamación que nos ocupa.

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.