

Dictamen Núm. 220/2021

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de noviembre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 23 de junio 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 los daños sufridos con motivo de la cirugía de extirpación de un lipoma, que achaca a un deficiente seguimiento posoperatorio.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 10 de junio de 2020 una procuradora, en nombre y representación del perjudicado, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de una intervención quirúrgica para la extirpación de un lipoma.

Expone que presentaba “una tumoración grande (...) en la raíz del muslo derecho” y que el 23 de noviembre de 2018 es “visto en (...) el Servicio de Traumatología” del Hospital ....., al que acude “derivado desde el Servicio de Traumatología” de un centro privado. Se programa “intervención quirúrgica para

su extirpación” y, “previa interconsulta con Hematología, ya que el paciente estaba anticoagulado (Sintrom) por ser portador de una prótesis aórtica metálica”, el día 21 de febrero de 2019 se practica la tumorectomía en el centro público.

Señala que el día 22 de noviembre de 2019 presenta un episodio de “cefalea brusca autolimitada”, y que “la evolución posterior de los días 23 y 24 de febrero de 2019”, que “corresponden a fin de semana”, se desconoce, ya que “pese a la petición (...) del historial clínico correspondiente a esos días, incluidas las hojas de enfermería, no se le proporcionaron” por parte del hospital.

Destaca que “la siguiente referencia en su historial clínico a su evolución es del día 25-02-19, lunes, fecha en la que presenta un hematoma voluminoso en la raíz del muslo derecho con una hemoglobina de 5 gr/dl, lo que indica un sangrado (posible punto sangrante), se transfunden 2 CH (concentrados de hematíes) y se decide meter en quirófano para drenar hematoma y revisión quirúrgica”. Se procede a abrir la herida y al “drenaje de gran hematoma a tensión (...)”, que se remite a cultivo con el fin de descartar sobreinfección”.

Indica que en el posoperatorio es “seguido por Traumatología, Medicina Interna, Anestesia y Rehabilitación, con mala evolución de la herida quirúrgica” y “nueva cirugía el 07-03-19 (...), exponiendo el fondo de la cavidad que ocupaba el hematoma, no observándose colecciones de pus ni serohemáticas, pero sí restos del hematoma que se extirpan. Mal olor a la apertura de la cavidad en probable relación con tejido de apariencia necrótica (músculo) que se reseca (...). Puede estar en relación con el desarrollo previo de un síndrome compartimental como consecuencia del hematoma inicial./ El día 28-03-19 última cirugía para desbridamiento de región proximal de la herida”.

Refiere que “durante su ingreso se constata un déficit casi completo de la extensión activa de la rodilla derecha (...), en probable relación con afectación del nervio crural y/o secuelas musculares derivadas del hematoma posquirúrgico del compartimento anterior del muslo”, y que al alta hospitalaria el 4 de abril de 2019 “camina con bastones con paresia crural”. Se somete a revisiones los días 6, 12 y 26 de abril de 2019 en el centro público -fecha esta última en la que se aprecia “cicatriz bien pero ausencia casi completa de cuádriceps que le produce

dificultades para caminar y caídas frecuentes”-, así como “los días 07-06-19, 27-09-19 y 08-10-2019, última revisión en Traumatología” en el Hospital ..... Precisa que tras el alta de hospitalización en el centro público acude también al centro privado, objetivándose en un EMG realizado el 24 de mayo de 2019 una “neuropatía axonal de carácter muy severo del nervio femoral derecho, con importante denervación aguda, muy severos signos deficitarios y ausencia de fenómenos reinervativos”, que se trata con “fisioterapia programada por el Servicio de Traumatología del (centro privado) en varios centros”.

Manifiesta que los hechos han sido analizados en el informe pericial que se adjunta, en el que se atribuye la lesión “a un síndrome compartimental agudo en el muslo derecho motivado por el sangrado producido en el lecho de la intervención quirúrgica en un paciente anticoagulado”, y se significa que fue la “demora inexcusable en la diagnosis y tratamiento del caso” la que “propició la lesión irreversible del nervio femoral, que no debería haberse producido si se hubiesen tomado las medidas precisas en el momento de la aparición de los primeros síntomas”. A juicio del perito, “la falta de historial clínico de seguimiento del paciente durante los días 23 y 24 de febrero de 2019” resultaría indicativa de una ausencia de seguimiento adecuado del enfermo en el posoperatorio. Considera que el estado que presenta el paciente el día 25 de febrero de 2019, “en (...) shock, con un hematoma voluminoso (y) una anemia que obliga a transfundir de forma urgente” no surge “súbitamente, sino que tuvo por necesidad que desarrollarse durante el posoperatorio, es decir, los días posteriores a la intervención, ya que el sangrado que originó el cuadro no era debido a una lesión en un vaso en concreto sino motivado por la situación del paciente (anticoagulado). Los datos clínicos de que se estaba produciendo un problema tendrían que aparecer paulatinamente, con deterioro progresivo del paciente, la aparición del hematoma en el muslo con crecimiento progresivo y la aparición de todos o varios de los síntomas que caracterizan el síndrome compartimental y cuadro de anemización progresiva por el sangrado”. Concluye que “la dejadez en la vigilancia del paciente (falta de oportunidad terapéutica y diagnóstica) tuvo como consecuencias directas la parálisis del nervio femoral y

un tiempo de recuperación muy dilatado, amén de los sufrimientos que tuvo que padecer y el riesgo que corrió su vida”.

Por los daños sufridos reclama una indemnización, calculada según el baremo de tráfico, de sesenta y cinco mil cuatrocientos ochenta euros con noventa y nueve céntimos (65.480,99 euros), comprensiva de 200 días de perjuicio personal básico (rehabilitación), secuelas consistentes en parálisis del nervio femoral (25 puntos) y perjuicio estético ligero (5 puntos), así como perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas.

Adjunta diversa documentación clínica, así como el informe pericial mencionado -suscrito el día 12 de marzo de 2020 por un licenciado en Medicina y Cirugía- y la escritura de poder general para pleitos otorgada por el interesado en favor de varios abogados y procuradores, entre ellos quien suscribe la reclamación.

**2.** Con fecha 30 de junio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la representante del interesado la fecha de recepción de su reclamación en el servicio instructor, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo para la resolución y notificación del mismo y los efectos del silencio administrativo.

**3.** Atendiendo a la petición formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, mediante oficio de 3 de agosto de 2020 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital ....., así como el informe librado el 31 de julio de 2020 por un facultativo del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica , con el visto bueno del Jefe del Servicio.

En este último se indica que la cirugía discurrió “sin incidencias intraoperatorias”, y que al día siguiente “precisa de valoración por parte del Servicio de Neurología por cuadro de cefalea y náuseas, etiquetado de cefalea brusca autolimitada. Posteriormente, el día 23 se repite el cuadro por la mañana (historia clínica de enfermería)./ Se revisa la herida quirúrgica el día 24 por el

médico de guardia y se decide la retirada del drenaje y cura de la misma, sin mencionar ninguna complicación posoperatoria aguda. Únicamente se hace referencia a que se encuentra adormilado, achacando esta situación a la toma de un ansiolítico la noche anterior. Durante la noche del 24 al 25 enfermería refiere cuadro de desasosiego y agitación, así como nueva cura de herida por apósito manchado./ El lunes 25 por la mañana, tras revisión médica, se deja al paciente en ayunas con nuevo preoperatorio por evidenciarse hematoma a tensión en el muslo derecho. El mismo lunes por la tarde se realiza intervención urgente de limpieza y revisión de región intervenida. La evolución posterior es la detallada en el contenido de la reclamación”.

Se afirma que “durante los días 23 y 24 el paciente tuvo un seguimiento hospitalario adecuado, tanto por parte del equipo de enfermería como del Servicio de Traumatología, en contra de la opinión del informe pericial. Se revisó la zona intervenida y la evolución clínica general del paciente en varias ocasiones”. Asimismo, apunta que “las revisiones de la herida quirúrgica por hematomas o sobreinfecciones son complicaciones descritas en el documento de consentimiento informado y, como tales (...), han sido tratadas de manera adecuada por nuestro Servicio”.

Finalmente, señala que “es imposible determinar que la lesión del nervio crural sea consecuencia de un síndrome compartimental agudo, tal y como asegura el perito. El síntoma inicial y principal de sospecha es el dolor intenso en la región afectada, no siendo mencionado en ningún momento durante el seguimiento posoperatorio de este paciente. Otras opciones son la lesión muscular o nerviosa iatrogénica secundaria a las repetidas intervenciones de limpieza de la herida quirúrgica consecuencia del hematoma sobreinfectado (...). No se puede asegurar que la demora en el diagnóstico de las complicaciones haya sido la causante de las secuelas que presenta actualmente el paciente”.

**4.** Obra incorporado al expediente, a continuación, un informe pericial emitido el 15 de febrero de 2021 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas, uno de ellos en Cirugía Ortopédica y Traumatología y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él afirman

que la "indicación terapéutica" de la patología que presentaba el paciente "consiste en la extirpación de la tumoración", habiéndosele realizado "las pruebas preoperatorias necesarias para planificar la intervención conforme a las recomendaciones de las Sociedades Médicas de Anestesia y Traumatología". El paciente "era apto para el tipo de intervención propuesta" y fue informado previamente "tanto de la técnica a realizar de extirpación tumoral (...), como de sus riesgos, existiendo un consentimiento informado escrito específico firmado (...), cumpliendo los requisitos de tiempo, forma y con detalle del procedimiento a realizar y los potenciales riesgos". El "procedimiento quirúrgico y la técnica elegida" se ajustaron a "los criterios universalmente aceptados en la práctica médica".

Señalan que "la posibilidad de desarrollar un hematoma posoperatorio es riesgo consustancial a cualquier procedimiento quirúrgico agravado, en este caso por ser un paciente en tratamiento anticoagulante", y que "el hematoma no fue consecuencia de un vaso sangrante activo (como así se acreditó durante la intervención) sino de un sangrado difuso y de escasa cuantía habitual durante cualquier posoperatorio secundario, que fue agravado por la anticoagulación". En el posoperatorio inmediato "no se objetivan complicaciones de herida ni hematoma a tensión, ni que presentara excesivo dolor en el muslo", como queda reflejado en "el curso evolutivo del día 24-02-2019 y en las notas de enfermería" de ese día. De hecho, "se retira el drenaje el día 24-02-2019 al presentar muy poco líquido drenado (20 ml) (...). El día 25-02-2019 (...) se observa progresión del hematoma y una vez se diagnostica se deja en ayunas y se interviene quirúrgicamente al paciente sin ningún tipo de demora para drenar hematoma y búsqueda de sangrado activo".

Explican que "el síntoma fundamental que hace sospechar del comienzo de un síndrome compartimental es el dolor excesivo, intenso y mayor del que se cabría esperar para la lesión sufrida. No queda constancia (de) que el paciente presentase este síntoma", y que "analizando la documentación aportada no observamos ningún retraso diagnóstico ni terapéutico del hematoma sufrido, y tampoco queda ninguna constancia que se haya llegado a instaurar un síndrome compartimental en este paciente". Significan que "el nervio femoral se encuentra

dentro del triángulo de Scarpa, donde estaba situada la tumoración objeto de la intervención”, y que no han “encontrado ningún caso reportado de neuropatía secundaria a síndrome compartimental del nervio femoral en nuestra búsqueda de literatura médica”. Aunque manifiestan no poder “establecer el momento de la lesión del nervio femoral ni el motivo de la misma”, sí afirman poder “descartar que haya sido secundario a un síndrome compartimental inexistente ni al hematoma sufrido”.

Señalan que “la fascitis necrotizante es una complicación imprevisible e inevitable” que “tiene alta tasa de mortalidad (en torno al 21 % de mortalidad) y morbilidad”, y que “una mala evolución puede conllevar a la necesidad de la amputación del miembro afectado o incluso la muerte del paciente”. Aclaran que “el tratamiento de la fascitis necrotizante es el desbridamiento quirúrgico localmente agresivo con extirpación de todo el tejido desvitalizado asociado con el tratamiento antibiótico de amplio espectro”, y que en el caso de que se trata fue aplicado de modo “correcto, sin dilaciones, adecuado y eficaz, habiéndose preservado el miembro y la vida”. Destacan que el paciente fue informado, como consta en el documento firmado obrante en la historia clínica, de que “en este tipo de intervención existe riesgo de hematoma, infección y lesión nerviosa” y que, por tanto, “tiene la obligación de soportar” dichas complicaciones. Concluyen que “no existe una inobservancia del deber de cuidado, puesto que en todo momento ha existido un seguimiento continuo y estrecho del paciente, tratando la patología inicial” y “las complicaciones sufridas durante el periodo posoperatorio de manera apropiada, inmediata, sin dilaciones indebidas y acorde a las pautas y estándares habituales establecidos en las guías de práctica clínica”, por lo que no puede apreciarse “una pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica fruto de la actuación de los profesionales que han atendido y seguido al paciente”.

**5.** Mediante oficio notificado a la representante del interesado el 18 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le traslada una copia del expediente y le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

**6.** Con fecha 5 de junio de 2021, la representante del interesado presenta en el Registro Electrónico un escrito en el que manifiesta que “sigue sin aparecer la historia clínica correspondiente al sábado y domingo, días 23 y 24 de febrero de 2019./ En el informe pericial elaborado (a instancias de la entidad aseguradora) se indica que se le retira el drenaje (...) por drenar poca cantidad pero no tenemos la historia de esos días”.

Frente a la afirmación de los citados peritos de que no se conoce en la literatura ningún caso de lesión de nervio femoral por un síndrome compartimental, apunta que “el artículo publicado” por el doctor que especifica de la University of Southern California el 4 de noviembre de 2004 recoge, en referencia al síndrome compartimental, que “es probable que las parestesias sean los primeros síntomas en aparecer debido a que los nervios son muy sensibles a la lesión. La parálisis es causada tanto por compresión nerviosa prolongada como por daño muscular irreversible. Es casi siempre una manifestación tardía y una indicación de que el diagnóstico se retrasó”. Asimismo, frente a la aseveración de los peritos de la compañía aseguradora conforme a la cual “el sangrado no fue por una lesión de un vaso sino debido a que estaba anticoagulado”, sostiene que es una “razón de más para que ese lento sangrado continuo haga imposible que estuviese bien todo el fin de semana, como afirman, y que se desarrollase entre la noche del domingo y la madrugada del lunes un hematoma voluminoso. Se fue formando durante todo el fin de semana y nadie dio importancia a su vigilancia. Además, si era un paciente anticoagulado razón de más para que se le prestase especial atención y no descuidaran” ese hecho.

**7.** Con fecha 11 de junio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No ha existido síndrome compartimental, sino una fascitis necrotizante. El dolor durante los días 23 y 24 de febrero de 2013 (*sic*) es valorado como ‘leve/moderado’. Consta en la historia clínica Millennium que el día 23 se avisa

al médico de guardia (folio 620) y el 24 el médico anota `se cura hoy por manchado del apósito y se retira redón´ (folio 262). En ningún momento se hace referencia a una clínica compatible con síndrome compartimental que cursa con dolor excesivo, intenso y mayor del que se cabría esperar para la lesión sufrida. No existe una inobservancia del deber de cuidado, puesto que en todo momento ha existido un seguimiento continuo y estrecho del paciente, tratando tanto la patología inicial (...) (tumoración muslo derecho) mediante tratamiento quirúrgico, como las complicaciones sufridas durante el periodo posoperatorio de manera apropiada, inmediata, sin dilaciones indebidas y acorde a las pautas y estándares habituales establecidos en las guías de práctica clínica. La lesión podría obedecer a las repetidas intervenciones sobre la lesión, y la lesión nerviosa está contemplada en los documentos de consentimiento informado firmados por el paciente”.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de junio 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), 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, el Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como 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 con fecha 10 de junio de 2020, habiéndose determinado el alcance de las secuelas el día 19 de febrero de 2020, según consta en el informe médico que obra en los folios 172 y 173 del expediente, 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 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.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el resarcimiento de los perjuicios sufridos como consecuencia de una lesión iatrogénica del nervio crural evidenciada tras la tumorectomía de un lipoma en un centro público sanitario.

La documentación obrante en el expediente acredita que el paciente presenta una severa lesión del nervio femoral que le dificulta la marcha, por lo que ha de reconocerse la efectividad del daño reclamado con independencia de cuál deba ser su cuantificación económica; cuestión esta que solo abordaremos de concurrir el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial que se demanda.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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*, 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 y cuya efectividad ha sido acreditada 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 es criterio firme de este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) 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 violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el asunto que analizamos, se atribuye la lesión neurológica por la que se reclama a la “dejadez en la vigilancia del paciente” y a la consecuente “demora inexcusable en la diagnosis y tratamiento” de “un síndrome compartimental agudo en el muslo derecho motivado por el sangrado producido en el lecho de la intervención quirúrgica en un paciente anticoagulado”. Entiende el reclamante que la citada lesión no se habría producido “si se hubiesen tomado las medidas precisas” en el momento de la aparición de los primeros signos en el posoperatorio inmediato, los cuales considera que tuvieron que presentarse “paulatinamente”, ya que el sangrado causante del hematoma no “era debido a una lesión en un vaso en concreto sino motivado por la situación del paciente (anticoagulado)”. En prueba de sus imputaciones aporta el informe pericial elaborado por un licenciado en Medicina y Cirugía en el que se pone de manifiesto “la falta de historial clínico de seguimiento del paciente durante los días 23 y 24 de febrero de 2019”, coincidentes con un fin de semana, y que acreditaría la ausencia de seguimiento adecuado del enfermo en el posoperatorio.

Por tanto, debemos comenzar nuestro análisis verificando si es cierta la ausencia en la historia clínica del paciente de registros correspondientes a los días 23 y 24 de febrero de 2019, debiendo ser la respuesta negativa a la vista del contenido de la historia clínica Millennium incorporada al expediente, en la que se integran las hojas de curso clínico de hospitalización en las que se practican las anotaciones propias de las órdenes y visitas médicas (folios 50, 209 y 262) y las correspondientes a los cuidados de enfermería durante ese fin de semana, destacadamente las curas de la herida quirúrgica (folios 501 y 502), cuidados del drenaje (folios 57, 62 y 63), vigilancia del aumento de la temperatura cutánea (página 65), evaluación de eritema y vigilancia de la piel

(páginas 65, 66 y 187), registros de temperatura (página 14), mediciones de tensión arterial (página 15), evaluación del dolor (página 37) y saturación de oxígeno (página 47).

Evidenciado que la asistencia prestada al paciente los días 23 y 24 de febrero de 2019 está debidamente documentada, hemos de examinar si aquella fue adecuada o si, por el contrario -como afirma el perjudicado-, fue negligente por desatender los síntomas y signos clínicos que mostraban que se estaba produciendo un síndrome compartimental que, de haber sido diagnosticado y tratado a tiempo, no habría dejado secuelas.

Antes de abordar el análisis de tal imputación debemos recordar una vez más que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de los procesos patológicos 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 manifestados por los pacientes. En otras palabras, como venimos señalando de forma constante (por todos, Dictámenes Núm. 76/2019 y 146/2019), la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas ni terapéuticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente. El hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye, además, 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 a la fecha del diagnóstico. Por ello, quien persigue ser indemnizado por mala praxis en la fase de diagnóstico debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos en aquel momento de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen enfermedades de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el asunto que analizamos, el reclamante transcribe parcialmente en su escrito inicial el informe de la cirugía de desbridamiento de la herida practicada el 7 de marzo de 2019, en el que el cirujano se plantea la posibilidad de que los

hallazgos a la apertura de la herida (tejido muscular de apariencia necrótica) estén “en relación con el desarrollo previo de un Sd. compartimental como consecuencia del hematoma inicial” (folio 641 de la historia Millennium). Ahora bien, como acabamos de razonar, lo verdaderamente relevante a efectos de enjuiciar la corrección de la actuación sanitaria no es si se presentó o no el síndrome compartimental que el cirujano se planteaba como hipótesis causal sino si, a la vista de la clínica que el paciente presentaba el fin de semana al que se ciñe la reclamación, resultaba posible su diagnóstico y consiguiente tratamiento.

Frente a las pretensiones del interesado, las anotaciones de la historia clínica correspondientes a los días 23 y 24 de febrero de 2019 no evidencian que el paciente sufriera entonces ninguno de los síntomas y signos clínicos propios del citado síndrome, que -como coinciden en señalar el propio informe pericial librado a instancia del reclamante y el elaborado a instancia de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias- son: “dolor” -descrito en el informe de la entidad aseguradora como “excesivo, intenso y mayor del que cabría esperar”, y calificado por el servicio responsable como “síntoma inicial y principal”-, así como “palidez, ausencia de pulsos, parestesias y parálisis” de la extremidad afectada. Más concretamente, por lo que se refiere al síntoma principal, los registros obrantes en el folio 37 de la historia clínica Millennium acreditan que el dolor que refería el paciente era moderado o leve en las cuatro ocasiones en las que es valorado el día 23 (a las 05:49, 09:34, 17:41 y 22:16) y siempre leve en las correspondientes al día 24 (a las 13:18, 19:23 y 23:45), por lo que, como se señala en la propuesta de resolución, no cabía entender que tales algias fueran las propias de un síndrome compartimental sino las naturalmente inherentes a la cirugía practicada dos días antes.

A falta de prueba de la presencia de signos clínicos típicos que permitieran orientar el diagnóstico hacia la citada patología durante los días 23 y 24 de febrero de 2019, tampoco se ha acreditado por parte del reclamante que el daño efectivamente sufrido guarde relación con una mala práctica quirúrgica, ni con un seguimiento y tratamiento del paciente durante el posoperatorio que

podiera reputarse deficiente. Como coinciden en señalar todos los informes médicos incorporados al expediente a excepción del librado a instancias del interesado, tal daño se habría producido a causa de la materialización de un efecto indeseable, aunque típicamente derivado de las diferentes cirugías a las que fue sometido que, por estar recogido en los documentos de consentimiento informado por él suscritos como riesgo de “lesión neurológica” o “problemas circulatorios o nerviosos”, no resulta antijurídico. Por ello, en definitiva, no se aprecia infracción alguna de la *lex artis* y no se puede imputar al funcionamiento del servicio público sanitario la responsabilidad solicitada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad 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.