

Dictamen Núm. 85/2024

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

Secretaria:
de Vera Estrada, Paz,
Letrada Adjunta a la Secretaría
General

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de mayo de 2024, 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 5 de marzo de 2024 -registrada de entrada el día 13 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de la demora en el diagnóstico de una isquemia arterial.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 12 de junio de 2023, la interesada presenta en la Oficina de Registro Telemático SITE una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la demora en el diagnóstico de una isquemia arterial.

Expone que “a principios de noviembre de 2021” fue diagnosticada en el Hospital “X” de un síndrome de cut-out de cadera derecha (fallo del implante metálico) tras haber sufrido una caída casual un mes antes” que le “impedía deambular normalmente” y le “provocaba dolor inguinal derecho./ Tras ser

valorada por el Servicio de Traumatología (...), se indicó intervención para extracción del material de osteosíntesis previo (clavo gamma derecho) y posterior artroplastia total de cadera derecha". Precisa que firmó "el consentimiento informado de la indicada operación, programada para el 18-11-2021", pero no el de la "anestesia (...), negando expresamente que sea (su) firma la que figura en la copia de dicho consentimiento informado obrante en (su) expediente".

Señala que fue intervenida "con fecha 2-12-2021", colocándosele "un vendaje en espiga (compresor) de todo el miembro inferior derecho y redones", y que "ante el dolor que, insistentemente, manifestaba padecer en la parte inferior de la pierna (...) el 7-12-2021 (le) colocan taloneras (...) al observarse placa necrótica. Dicha placa fue empeorando y aparecieron también excoriaciones en la zona pretibial derecha. En todo momento se (le) mantuvo el vendaje compresor en toda la pierna". Indica que fue "dada de alta hospitalaria el día 17-12-2021", especificándose en "el informe de alta (...) `buena evolución de la herida quirúrgica al alta. Lesiones por excoriación pretibiales derechas. Fuerza 2/5 para la flexión dorsal del hallux y del tobillo, refiere sensibilidad conservada´ (...). Se recomienda `sedestación en silla y desplazamientos en silla de ruedas. Utilizar ortesis antiequino y curas de herida quirúrgica cada 48/72 horas en su centro de salud´".

Refiere que el 5 de enero de 2022 tiene que acudir a Urgencias por "mal control del dolor de las úlceras que tenía en el miembro inferior derecho y que, en aquel momento, estaba tratando, según lo pautado, con paracetamol, metamizol y tramadol, además del parche de fentanilo que ya utilizaba previamente. También (se) encontraba a tratamiento con Amoxicilina + ácido clavulánico pautado por Traumatología (Servicio al que acudía a realizar curas de la herida) por celulitis en miembro inferior derecho". Reseña que en el informe del Servicio de Urgencias se detalla que no tenía fiebre y que el miembro inferior derecho presentaba "lesiones eritematosas, con pérdida de sustancia en región pretibial, con lesión ulcerosa a nivel de talón derecho, con bordes aumentados de temperatura muy doloroso a la palpación. Pulso pedio

presente, con edema de dedos”, estableciéndose el diagnóstico de “úlceras en (miembro inferior) derecho” y ajustándose “la dosis de mórfico”.

Afirma que en “las semanas siguientes las úlceras empeoraron (aumentaron de extensión y profundidad) a pesar de que, al menos, una vez por semana acudía a (...) a curas, bajo (...) supervisión (...) de Traumatología, que en ningún momento (la) derivó a Cirugía Vascolar./ Visto que el sistema público no (le) daba soluciones” y las “úlceras empeoraban gravemente”, consultó “el 8-03-2022 (...) con un cirujano vascular” que apreció “isquemia crónica grado IV en (miembro inferior derecho)”. Señala que con ese diagnóstico acude el 9 de marzo de 2022 al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, observándose en la exploración “obstrucción femoropoplítea bilateral. (Miembro inferior derecho) con úlceras pretibiales, con fibrina y tejido de granulación, con exposición tibial en una zona pequeña a nivel de tercio medio de pierna. Úlcera talar extensa y profunda. Pequeña úlcera sobre cabeza del primer metatarsiano derecho”, diagnosticándosele “isquemia crónica grado IV en (miembro inferior derecho) por obstrucción femoropoplítea, sin signos de infección actual”. Manifiesta que con “estos hallazgos (úlceras con exposición ósea y extensas, con difíciles expectativas de curación) se recomienda ingreso el 3-04-2022 para realizar arteriografía de forma programada y valorar la posibilidad de revascularización”, y se le previene que “en caso de sobreinfección de úlceras, dada su extensión y profundidad o por dolor mal controlado, podía derivar en amputación mayor de la extremidad”.

Tras indicar el resultado de la arteriografía, señala que el 7 de abril de 2022 es intervenida quirúrgicamente, practicándosele “recanalización de arteria femoral superficial en (miembro inferior derecho) más limpieza quirúrgica de las úlceras./ En el posoperatorio inmediato presentó una neumonía basal derecha e insuficiencia cardíaca incipiente, resueltas con antibióticos y diuréticos”.

Menciona que “al no ser satisfactoria la evolución de las úlceras (cultivos positivos para *Enterobacter cloacae* y *Pseudomonas putida*) el 15-04-2022” se le realiza “amputación supracondílea del miembro inferior derecho”, siendo dada de alta hospitalaria con tratamiento el 22 de abril de 2022 y derivada al Servicio de Rehabilitación, donde es atendida el “25-05-2022 de forma

ambulatoria para valorar protetización (en principio candidata en función de evolución)“.

Significa que en el informe del Servicio de Cirugía Vascul ar del Hospital “Y” de 8 de marzo de 2023 se recoge “exfumadora, dislipemia (...), amputación supracondílea derecha protetizada, tras revascularización sin éxito (extremidad inferior derecha) (...). Asintomática desde el punto de vista vascular (...), muñón óseo derecho largo que puede formar decúbito, pues presenta atrofia muscular marcada (portadora de prótesis de cadera derecha)“.

Sostiene que “se produjo una demora en el diagnóstico que condicionó la evolución y pronóstico de (su) patología./ Así, el tratamiento quirúrgico de la isquemia arterial, que se orienta en un primer momento hacia la revascularización como opción terapéutica de elección, debe realizarse sin demora, siendo la amputación la última opción en caso de no ser posible la revascularización o no ser esta efectiva./ La amputación, en su caso, debe plantearse al máximo nivel distal que garantice la cicatrización y evite posteriores re-amputaciones. No obstante, también comporta la reducción de la esperanza de vida y no suele ser aceptada por el enfermo ni por su entorno familiar”. Señala que en “este caso se intentó revascularizar en un primer momento pero la evolución de las heridas no fue satisfactoria, por lo que se decidió finalmente amputar la extremidad (...). En resumen, no se utilizaron los medios diagnósticos ni se (...) aplicó el tratamiento adecuado a la *lex artis* que aconsejaban las úlceras que presentaba a los pocos días de la operación de cut-out en el miembro inferior derecho y de (colocarle) el vendaje compresivo en dicha extremidad./ El retraso en el diagnóstico de isquemia arterial grado IV, superior a dos meses -y gracias a haber acudido a una consulta privada-, empeoró (su) salud a un punto en el que el tratamiento quirúrgico procedente, la revascularización, ya no era posible o efectiva, siendo preciso (amputarle) la pierna derecha, con el consiguiente perjuicio personal, moral (zozobra, inquietud, desamparo) y material, amputación que se hubiere evitado de haber sido diagnosticada correctamente con antelación cuando ya había síntomas suficientes para ello”, generándole un daño que no tiene el deber de soportar.

Cuantifica la indemnización que solicita en ochocientos sesenta y nueve mil novecientos ochenta y cuatro euros con noventa y cuatro céntimos (869.984,94 €).

Adjunta copia de diversa documentación médica en relación con el proceso de referencia entre la que figura una pericial, suscrita el 5 de mayo de 2023 por un especialista en Medicina Legal y Forense y en Valoración del Daño Corporal. En dicho informe se concluye que “se puede establecer relación de causalidad en el proceso (...) según criterios de exclusión, realidad científica, intensidad lesiva, topográfico, cronológico y evolutivo (...). (La paciente) sufrió el 15-04-2022 la amputación supracondílea de su miembro inferior derecho en el contexto de una enfermedad arterial avanzada (...). Dicha enfermedad arterial y sus consecuencias comenzaron a manifestarse a raíz de un vendaje compresivo tras la cirugía de cadera a la que fue sometida el 02-12-2021. Dicho vendaje precipitó el desarrollo de las lesiones isquémicas puesto que se desaconsejan en el caso de enfermedad arterial crónica (...). Desde la aparición de la primera lesión de origen isquémico en su pie derecho hasta que (...) fue derivada a un servicio especializado transcurrieron 3 meses y 2 días, durante los cuales fue valorada en repetidas ocasiones por varios profesionales que obviaron los síntomas de la paciente y la tórpida evolución de sus lesiones, provocando un retraso diagnóstico que condicionó la evolución de la patología, con la consiguiente pérdida de oportunidad (...). Como resultado de dicho retraso diagnóstico, los métodos quirúrgicos más conservadores resultaron no ser eficaces y finalmente (...) sufrió amputación de la extremidad con los consiguientes perjuicios y pérdida de calidad de vida”.

2. Mediante oficio de 31 de mayo de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el 18 de agosto de 2023 la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica de la paciente y los informes de los Servicios de Urgencias y Traumatología del Hospital "X".

El informe emitido el 6 de julio de 2023 por la Coordinadora de Urgencias Hospitalarias señala que "la paciente, de 81 años (...), fue valorada (...) en el Servicio de Urgencias Hospitalarias en tres ocasiones:/ El día 4 de noviembre de 2021 (...) por dolor en la cadera izquierda e incapacidad para la deambulaci3n desde hac3a un mes, tras sufrir ca3da. Acude refiriendo haber sido valorada por medicina privada. Tras valoraci3n inicial por el m3dico de Urgencias, se solicita ya valoraci3n por el Servicio de Traumatolog3a, responsable desde ese momento de la atenci3n y seguimiento del proceso: que fue alta como s3ndrome de cut-out de cadera derecha./ El d3a 28 de diciembre de 2021 (...) fue valorada por un episodio de arritmia, que se revierte a ritmo sinusal, hall3ndose incidentalmente una lesi3n pulmonar que se remite a estudio a consultas de Neumolog3a y que no tiene relevancia alguna con el proceso (...). Desde noviembre de 2021 (...) est3 siendo seguida en Traumatolog3a por el proceso quir3rgico y por la aparici3n de lesiones ulcerosas en la extremidad y tambi3n por su m3dico de Familia. El d3a 5 de enero de 2022 (...) es valorada en Urgencias, donde acude tras habersele realizado horas antes cura en una herida del tal3n derecho, estando tomando ya analg3sicos y antibi3ticos, ya que el control del dolor no es 3ptimo y adem3s su hija la encuentra m3s desorientada y con agitaci3n. En la atenci3n urgente se descartan -como es propio de este Servicio- procesos agudos intercurrentes, para lo que se realiza an3lítica completa y pruebas de imagen. En el informe de Urgencias consta en la exploraci3n 'pulso pedio presente', es decir: ha sido explorada la extremidad y se descarta proceso vascular agudo, por lo que se mantiene el tratamiento que ya estaba tomando y se refuerza la analgesia, remiti3ndola a seguimiento en los dos niveles en los que est3 siendo tratada. El cometido del Servicio de Urgencias es el diagn3stico y tratamiento de los procesos agudos".

El informe elaborado por una especialista del Servicio de Traumatolog3a y Ortopedia el Hospital "X" el 17 de agosto de 2023 expone que la paciente, "con

fecha 18-11-21, acude a consulta (...) y se le programa para extracción del implante y artroplastia de forma preferente, firmando consentimiento informado para la cirugía./ El 29-11-21 ingresa para cirugía que se pospone por alteraciones de la coagulación (tomaba Sintrom) y se realiza con fecha 02-12-21 la extracción de clavo (...) derecho (...) y colocación de vástago (...) con placa trocantérica (...). El día el 17-12-2021 es alta recomendando desplazamiento y sedestación en silla de ruedas (6 semanas en descarga) y curas cada 48/72 horas en centro de salud./ Con fecha 07-01-22 se realizan curas de pequeñas úlceras superficiales en miembro inferior derecho y placa necrótica en talón derecho que se desbrida (...). A partir de esa fecha se realizan curas de forma periódica./ El día 17-01-22 se solicita consulta al S.º de Cirugía Vascular del Hospital Fundación para valoración de úlceras”.

4. Previo requerimiento formulado por la Instructora del procedimiento indicando la necesidad de no limitar el informe a lo meramente descriptivo, el 5 de septiembre de 2023 la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III incorpora al expediente un nuevo informe del Servicio de Traumatología del Hospital “X”.

En él, fechado el 31 de agosto de 2023, se indica que “se trata de una paciente con antecedentes personales importantes para la isquemia crónica bilateral que presenta: gran exfumadora, dislipemia, enfermedades cardíacas e ictus lacunares./ La isquemia crónica (...) bilateral grado IV que presenta es una patología que tiene como consecuencia mala irrigación arterial de los miembros inferiores, pudiendo producir tanto alteraciones tróficas en pie como úlceras o derivación a lesiones necróticas./ Tanto la cirugía realizada (...) como el posterior cuidado de las lesiones que presentó fueron, en todo momento, los correctos, tanto por el equipo médico como de enfermería de consultas externas”.

5. Con fecha 26 de octubre de 2023, emite informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración un especialista en Angiología y Cirugía Vascular. En él afirma que “la paciente padecía una enfermedad arterial

periférica fruto de su pluripatología basal no diagnosticada antes de los hechos objeto de (...) reclamación debido a circunstancias médicamente explicables. Se trata de una situación habitual en nuestra práctica clínica (...). En el posoperatorio de la intervención de la cadera derecha comienza con lesiones tróficas en la extremidad inferior derecha que pueden estar relacionadas con varios factores concausales que actúan de forma sinérgica (isquemia crónica de miembros inferiores, úlceras de decúbito, desnutrición, encamamiento, etc.) (...). Dichas lesiones fueron tratadas inicialmente con curas locales con mala evolución, por lo que se realizó un procedimiento de revascularización que resultó infructuoso y, finalmente, requirió una amputación por encima de la rodilla (...). Tras más de treinta años de ejercicio profesional en Angiología y Cirugía Vascular, puedo afirmar que estamos ante una cadena de acontecimientos que no es infrecuente observar en nuestra práctica clínica (...). Tras la cirugía de prótesis de cadera, la paciente sufrió una complicación vascular recogida en el consentimiento informado firmado por ella y descrita en la literatura médica especializada: una trombosis arterial del eje femoropoplíteo de la pierna derecha. Esta complicación hizo avanzar su enfermedad arterial periférica preexistente hacia un grado IV, una situación grave que compromete la supervivencia de la extremidad (...). El tratamiento de la trombosis femoropoplíteo de la extremidad inferior derecha fue adecuado sin poder garantizar, en modo alguno, un resultado en concreto, especialmente en pacientes frágiles, de edad avanzada y con pluripatología de base, como el que nos ocupa, que agravan su pronóstico y el resultado de cualquier procedimiento quirúrgico”.

Concluye que “se trata de una complicación arterial tras cirugía protésica de cadera infrecuente pero descrita en la literatura científica especializada y prevista en el consentimiento informado firmado por la paciente./ Estamos ante un diagnóstico de enfermedad arterial periférica de miembros inferiores en fase avanzada que es explicable dadas las circunstancias médicas de la paciente. No encuentro imprudencia profesional ni infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales implicados en este caso”.

El día 6 de noviembre de 2023 informa, también a instancia de la compañía aseguradora, un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Señala que "la técnica quirúrgica que se realizó por los facultativos de Traumatología (...) y los cuidados durante el posoperatorio fueron correctos (...). Durante la estancia hospitalaria posoperatoria se observaron lesiones por decúbito en el miembro intervenido. Este tipo de lesiones son muy habituales en pacientes frágiles, de avanzada edad, con malnutrición y sometidos a encamamiento, como era el caso de la paciente (...). No considero que exista ni inobservancia ni falta del deber del cuidado, puesto que se actuó de la manera habitual para este tipo de lesiones ulcerosas, realizándose desbridamientos y curas periódicas, pautándose antibioterapia y, al haber evolucionado de manera desfavorable, derivando a Cirugía Vascul ar (...). Los pacientes con isquemia crónica grado IV tienen alto riesgo de fracaso de la revascularización con resultados pobres y alta probabilidad de amputación, principalmente en pacientes como (la reclamante), que presentaba factores de riesgo o mal pronóstico de la terapia de revascularización: / Edad avanzada. / Desnutrición, hipoproteinemia. / Antecedente de tabaquismo severo. / Anemia. Dislipemia. / Arteriopatía periférica no diagnosticada (...). Se sabe que existen factores predictivos de amputación mayor en pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores, de los que tres de ellos los presentaba esta paciente: / La edad avanzada. / Las lesiones tróficas. / La diabetes. La aparición aguda de isquemia crítica en paciente sin síntomas previos (...). El tratamiento realizado por Servicio de Cirugía Vascul ar del Hospital "Y" fue el correcto, puesto que se intentó revascularizar el miembro y ante el fracaso de la revascularización la indicación de la amputación fue (la) mejor opción para evitar riesgos de mortalidad de la paciente (...). Se sabe que la complicación más temible es la sobreinfección de las úlceras por decúbito puesto que empeora mucho el pronóstico de la supervivencia del miembro afectado y condiciona incluso riesgo vital por sepsis (...). No considero que exista ninguna pérdida de oportunidad terapéutica, siendo el desenlace de la amputación secundario a la propia isquemia severa que presentaba la paciente y la sobreinfección bacteriana de

las úlceras, y no a una actuación negligente por parte de los facultativos que (la) atendieron”.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 10 de enero de 2024, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

7. Con fecha 30 de enero de 2024, la interesada presenta a través de la Oficina de Registro Telemático SITE un escrito de alegaciones. En él sostiene que “se produjo un retraso fatal en el diagnóstico de la isquemia que afectaba a la (paciente) como consecuencia de una demora excesiva, inaceptable e injustificada en derivarla a Cirugía Vasculor por parte del Servicio de Traumatología (...) (más de tres meses desde la aparición del primer síntoma de isquemia) y, en concreto, por parte de la (doctora) que estaba siguiendo la evolución de las úlceras que afectaban a la pierna derecha que había sido objeto de la operación de cut-out en diciembre de 2021, úlceras ya presentes a los pocos días de la operación./ La isquemia que afectaba a la paciente -de la que, según los dictámenes médicos aportados por la compañía aseguradora y (la Administración), ya tenía indicios por sus antecedentes personales- era incompatible con el vendaje compresivo que le fue colocado en la operación de cut-out de la cadera, y que se le mantuvo durante más de un mes, a pesar de que le generó úlceras desde un principio, primero en el talón del pie y luego extendiéndose a otras partes de la pierna derecha, sin que las curas que le fueron realizando en el (Hospital `X´) las curasen o mejorasen”.

Indica que, “en todo caso, aun cuando por las afecciones que ya tenía la paciente antes de la operación de cut-out no pudiera considerársele candidata a tener isquemia crónica y, por ende, no tuviere contraindicada la colocación de vendaje compresivo tras la citada operación o, aun teniendo posibilidades de sufrir dicha isquemia, no estuviere contraindicado el citado vendaje, lo que no tiene ninguna justificación es que, ante la aparición en la pierna derecha de síntomas claros relacionados con el posible o probable padecimiento de una

isquemia crónica, no se derivase (...) de forma inmediata y urgente a Cirugía Vasculuar por parte de Traumatología para conocer el diagnóstico y, en su caso, adoptar el tratamiento adecuado”.

8. El día 8 de febrero de 2024, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que, “tras el análisis de la documental contenida en el expediente, consta que la paciente padecía una enfermedad arterial periférica derivada de su pluripatología de base, la cual es diagnosticada a raíz de los hechos objeto de (...) reclamación (...). Que en el curso del posoperatorio de la intervención de la cadera derecha comienza con lesiones tróficas en dicha extremidad, cuya etiología puede estar relacionada con varios factores concausales que actúan de forma sinérgica (isquemia crónica de miembros inferiores, úlceras de decúbito, desnutrición, encamamiento, etc.). Las referidas lesiones fueron tratadas inicialmente con curas locales con mala evolución, protocolo habitual para este tipo de lesiones ulcerosas, realizándose desbridamientos y antibioterapia con evolución desfavorable, por lo que finalmente se realizó intento de revascularización que resultó infructuoso y (...) requirió amputación por complicación vascular, recogida en el consentimiento informado y descrita en la literatura médica especializada: una trombosis arterial del eje femoropoplíteo de la pierna derecha./ En definitiva, la asistencia ha sido acorde a la *lex artis ad hoc*, no objetivándose pérdida de oportunidad terapéutica, siendo el desenlace de la amputación secundario a la propia isquemia severa que presentaba la paciente y la sobreinfección bacteriana de las úlceras”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de marzo de 2024, 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 la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas".

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 12 de junio de 2023, y figura en el expediente un informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital "Y" de 8 de marzo de 2023, relativo a una revisión tras la amputación supracondílea derecha, en el que se señala

“asintomática desde el punto de vista vascular”, 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 en el que la interesada reclama una indemnización por los daños sufridos como consecuencia de la demora en el diagnóstico de una isquemia arterial.

Acreditada, a la vista de lo actuado, la efectividad de un daño, hemos de reparar en que 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 aquél se encuentra

causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no sólo 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, 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

defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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 supuesto analizado, la interesada manifiesta en su escrito inicial que firmó el consentimiento informado para la intervención destinada a la extracción del material de osteosíntesis previo y posterior artroplastia total de cadera derecha, “pero no (...) el consentimiento informado del procedimiento de anestesia para dicha operación, negando expresamente que sea (su) firma la que figura en la copia” del mismo. Asimismo, sostiene que “el retraso en el diagnóstico de isquemia arterial grado IV, superior a dos meses -y gracias a haber acudido a una consulta privada- empeoró (su) salud a un punto en el que el tratamiento quirúrgico procedente, la revascularización, ya no era posible o efectiva, siendo preciso” amputarle “la pierna derecha, con el consiguiente perjuicio personal, moral (zozobra, inquietud, desamparo) y material, amputación que se hubiere evitado de haber sido diagnosticada correctamente con antelación cuando ya había síntomas suficientes para ello”, generándole un daño que no tiene el deber de soportar.

Posteriormente, en el trámite de audiencia señala que, “en todo caso, aun cuando por las afecciones que ya tenía (...) antes de la operación de cut-out no pudiera considerársele candidata a tener isquemia crónica y, por ende, no tuviere contraindicada la colocación de vendaje compresivo tras la citada operación o, aun teniendo posibilidades de sufrir dicha isquemia, no estuviere contraindicado el citado vendaje, lo que no tiene ninguna justificación es que, ante la aparición en la pierna derecha de síntomas claros relacionados con el posible o probable padecimiento de una isquemia crónica, no se” la

“derivase de forma inmediata y urgente a Cirugía Vascolar por parte de Traumatología para conocer el diagnóstico y, en su caso, adoptar el tratamiento adecuado”.

Apoya su razonamiento en el informe elaborado por un especialista en Medicina Legal y Forense y en Valoración del Daño Corporal en el que se indica que la paciente sufrió, el día 15 de abril de 2022, la amputación supracondílea de su miembro inferior derecho en el contexto de una enfermedad arterial avanzada, y que “dicha enfermedad arterial y sus consecuencias comenzaron a manifestarse a raíz de un vendaje compresivo tras la cirugía de cadera a la que fue sometida el 02-12-2021”, señalando que tal “vendaje precipitó el desarrollo de las lesiones isquémicas puesto que se desaconsejan en el caso de enfermedad arterial crónica”. A continuación afirma que “desde la aparición de la primera lesión de origen isquémico en su pie derecho hasta que la paciente fue derivada a un servicio especializado transcurrieron 3 meses y 2 días, durante los cuales fue valorada en repetidas ocasiones por varios profesionales que obviaron los síntomas de la paciente y la tórpida evolución de sus lesiones, provocando un retraso diagnóstico que condicionó la evolución de la patología, con la consiguiente pérdida de oportunidad”, y que “como resultado de dicho retraso diagnóstico los métodos quirúrgicos más conservadores resultaron no ser eficaces y finalmente (...) sufrió amputación de la extremidad, con los consiguientes perjuicios y pérdida de calidad de vida”.

Vista la posición de la reclamante, procede ahondar en la restante documentación que obra en el expediente.

El informe del Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital “X” señala que la cirugía para extracción del implante y artroplastia se realiza el 2 de diciembre de 2021, y que el día 17 del mismo mes la paciente es dada de alta “recomendando desplazamiento y sedestación en silla de ruedas (...) y curas cada 48/72 horas en centro de salud”. Refiere que “con fecha 07-01-22 se realizan curas de pequeñas úlceras superficiales en miembro inferior derecho y placa necrótica en talón derecho que se desbrida”, que “a partir de esa fecha se realizan curas de forma periódica” y que “el día 17-01-22 se solicita consulta al S.º de Cirugía Vascolar del Hospital Fundación para valoración de

úlceras". En el segundo informe que emite este mismo Servicio se consigna que "tanto la cirugía realizada a la paciente como el posterior cuidado de las lesiones que presentó fueron, en todo momento, los correctos, tanto por el equipo médico como de enfermería de consultas externas", si bien advierte que "se trata de una paciente con antecedentes personales importantes para la isquemia crónica bilateral que presenta: gran exfumadora, dislipemia, enfermedades cardíacas e ictus lacunares", y que "la isquemia crónica (...) bilateral grado IV que presenta es una patología que tiene como consecuencia mala irrigación arterial de los miembros inferiores, pudiendo producir tanto alteraciones tróficas en pie como úlceras o derivación a lesiones necróticas".

El informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X" señala que "el día 5 de enero de 2022 (...) es valorada en Urgencias, donde acude tras habersele realizado horas antes cura en una herida del talón derecho, estando tomando ya analgésicos y antibióticos, ya que el control del dolor no es óptimo", y subraya que en el correspondiente "informe de Urgencias consta en la exploración `pulso pedio presente´, es decir: ha sido explorada la extremidad y se descarta proceso vascular agudo, por lo que se mantiene el tratamiento que ya estaba tomando y se refuerza la analgesia, remitiéndola a seguimiento en los dos niveles en los que está siendo tratada".

El informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora por un especialista en Angiología y Cirugía Vascular consigna que "la paciente padecía una enfermedad arterial periférica fruto de su pluripatología basal no diagnosticada antes de los hechos objeto de (...) reclamación debido a circunstancias médicamente explicables". Reseña que "en el posoperatorio de la intervención de la cadera derecha comienza con lesiones tróficas en la extremidad inferior derecha que pueden estar relacionadas con varios factores concausales que actúan de forma sinérgica (isquemia crónica de miembros inferiores, úlceras de decúbito, desnutrición, encamamiento, etc.)", y que "dichas lesiones fueron tratadas inicialmente con curas locales con mala evolución, por lo que se realizó un procedimiento de revascularización que resultó infructuoso y, finalmente, requirió una amputación por encima de la rodilla". Explica que "estamos ante una cadena de acontecimientos que no es

infrecuente observar en nuestra práctica clínica habitual”, consistente en que “tras la cirugía de prótesis de cadera la paciente sufrió una complicación vascular recogida en el consentimiento informado firmado por ella y descrita en la literatura médica especializada: una trombosis arterial del eje femoropoplíteo de la pierna derecha. Esta complicación hizo avanzar su enfermedad arterial periférica preexistente hacia un grado IV, una situación grave que compromete la supervivencia de la extremidad”. Concluye que “el tratamiento de la trombosis femoropoplíteo de la extremidad inferior derecha fue adecuado, sin poder garantizar, en modo alguno, un resultado en concreto, especialmente en pacientes frágiles, de edad avanzada y con pluripatología de base, como el que nos ocupa, que agravan su pronóstico y el resultado de cualquier procedimiento quirúrgico”, y que “se trata de una complicación arterial tras cirugía protésica de cadera infrecuente pero descrita en la literatura científica especializada y prevista en el consentimiento informado firmado por la paciente”.

El informe pericial elaborado por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología también a instancias de entidad la aseguradora de la Administración señala que “la técnica quirúrgica que se realizó por los facultativos de Traumatología (...) y los cuidados durante el posoperatorio fueron correctos”. Refiere que “durante la estancia hospitalaria posoperatoria se observaron lesiones por decúbito en el miembro intervenido”, que “este tipo de lesiones son muy habituales en paciente frágiles, de avanzada edad, con malnutrición y sometidos a encamamiento, como era el caso de la paciente”, y que no se considera “que exista ni inobservancia ni falta del deber del cuidado, puesto que se actuó de la manera habitual para este tipo de lesiones ulcerosas, realizándose desbridamientos y curas periódicas, pautándose antibioterapia, y al haber evolucionado de manera desfavorable derivando a Cirugía Vasculuar”.

Por último, la propuesta de resolución indica que “en el curso del posoperatorio de la intervención de la cadera derecha comienza con lesiones tróficas en dicha extremidad, cuya etiología puede estar relacionada con varios factores concausales que actúan de forma sinérgica (isquemia crónica de miembros inferiores, úlceras de decúbito, desnutrición, encamamiento, etc.), y que “las referidas lesiones fueron tratadas inicialmente con curas locales con

mala evolución, protocolo habitual para este tipo de lesiones ulcerosas, realizándose desbridamientos y antibioterapia con evolución desfavorable, por lo que finalmente se realizó intento de revascularización que resultó infructuoso y (...) requirió amputación por complicación vascular, recogida en el consentimiento informado y descrita en la literatura médica especializada: una trombosis arterial del eje femoropoplíteo de la pierna derecha”.

Planteada en tales términos la controversia, cabe descender al fondo de la cuestión a la luz de lo referido, no sin antes reseñar la delicada situación clínica de una paciente octogenaria que presenta, entre otros, los siguientes antecedentes: deterioro general de causa multifactorial, favorecido por hipotensión ortostática y anemia; en seguimiento desde 2019 por hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipoproteinemia, en probable relación con desnutrición; infartos lacunares crónicos en ganglios basales izquierdos (probable patología vascular crónica de pequeño vaso); fibrilación auricular paroxística, síndrome bradicardia-taquicardia; marcapasos implantado en noviembre de 2019, e insuficiencia mitral moderada de mecanismo degenerativo (folio 26).

En primer lugar, y a fin de centrar el contexto fáctico en el que nos desenvolvemos, la reclamación no arroja sombras de duda en relación con la corrección de la cirugía para extracción del implante y artroplastia llevada a cabo por el Servicio de Traumatología y Ortopedia, la cual, a tenor de los informes médicos remitidos, se manifiesta plenamente conforme con la *lex artis*, tanto por lo que se refiere a su indicación como en relación con su ejecución. De esta forma, el debate queda circunscrito a un eventual “retraso en el diagnóstico de isquemia arterial grado IV, superior a dos meses”.

En segundo lugar, el retraso en el diagnóstico de isquemia arterial de grado IV alegado por la reclamante aparece concretado en la pericial que aporta, al señalar que “dicha enfermedad arterial y sus consecuencias comenzaron a manifestarse a raíz de un vendaje compresivo tras la cirugía de cadera a la que fue sometida el 02-12-2021”, razonando seguidamente que el “vendaje precipitó el desarrollo de las lesiones isquémicas puesto que se desaconsejan en el caso de enfermedad arterial crónica”. En el mismo informe

se recoge que “desde la aparición de la primera lesión de origen isquémico en su pie derecho hasta que (...) fue derivada a un servicio especializado transcurrieron 3 meses y 2 días, durante los cuales fue valorada en repetidas ocasiones por varios profesionales que obviaron los síntomas de la paciente y la tórpida evolución de sus lesiones, provocando un retraso diagnóstico que condicionó la evolución de la patología, con la consiguiente pérdida de oportunidad”.

Así pues, la reclamación vendría a sostener que la patología (isquemia arterial de grado IV) ya existía en el momento de la intervención quirúrgica, si bien sus consecuencias habrían comenzado a evidenciarse con posterioridad.

Tal posicionamiento ha de ser valorado a la luz del informe pericial elaborado por un especialista en Angiología y Cirugía Vasculuar a instancias de la entidad aseguradora de la Administración, en el que se sostiene que lo acaecido con posterioridad a la cirugía de prótesis de cadera es que la paciente sufrió una complicación vascular (trombosis arterial del eje femoropoplíteo de la pierna derecha) que “hizo avanzar su enfermedad arterial periférica preexistente hacia un grado IV, situación grave que compromete la supervivencia de la extremidad”, advirtiéndole también que en el posoperatorio comienza con lesiones tróficas en la extremidad inferior derecha “que pueden estar relacionadas con varios factores concausales que actúan de forma sinérgica (isquemia crónica de miembros inferiores, úlceras de decúbito, desnutrición, encamamiento, etc.)”, y que fueron tratadas correctamente, aunque su mala evolución obligó a un procedimiento de revascularización que resultó ineficaz en aras a evitar la amputación.

Nos encontramos pues ante pareceres médicos divergentes, por lo que este Consejo -obligado, a la hora de formar su convicción, a atender exclusivamente a la documentación que se le presenta- debe acudir al criterio de especialización médica y a la solidez que muestra la argumentación vertida por los informantes. En tal tesitura, frente al juicio de la pericial aportada por la interesada -suscrita por un especialista en Medicina Legal y Forense y en Valoración del Daño Corporal-, consideramos más atendible la opinión vertida en la incorporada al expediente por la compañía aseguradora -evacuada por un

especialista en Angiología y Cirugía Vascular-, en la que se efectúa un detallado y documentado examen de la situación clínica de la paciente que le permite concluir que la trombosis arterial del eje femoropoplíteo de la pierna derecha fue la causante del avance de la enfermedad arterial periférica hacia el grado IV, y que las lesiones que se fueron presentando pudieron relacionarse en su momento con varios factores concurrentes, tales como la isquemia crónica de miembros inferiores, las úlceras de decúbito, la desnutrición o el encamamiento. En este sentido, 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. En otros términos, y como venimos señalando de forma constante, 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 (por todos, Dictamen Núm. 269/2023). Como recoge 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), 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, saber si la decisión hubiera sido o no correcta.

Debe advertirse, por otra parte, que en el consentimiento informado para la extracción de clavado de cadera y posterior artroplastia (y a tenor del informe del especialista en Angiología y Cirugía Vascular con respaldo también en la literatura médica especializada), firmado por la reclamante el día 18 de noviembre de 2021, se recoge de forma explícita como riesgo y complicación asociados a dicha intervención la “enfermedad tromboembólica” (folio 21).

En definitiva, todo apunta hacia la lamentable materialización de un riesgo descrito en el documento de consentimiento firmado por la interesada -y, por ende, con descarte de déficit informativo alguno-, sin que se evidencien ni

la infracción de la *lex artis ad hoc* ni la insuficiencia de pruebas y medios empleados.

Por último, la reclamante sostiene que firmó el consentimiento informado de la intervención para la extracción del material de osteosíntesis y artroplastia, pero no el relativo al procedimiento anestésico de dicha cirugía, negando expresamente que sea su firma la que figura en este último documento.

Al respecto, debemos recordar que este Consejo viene señalando reiteradamente (por todos, Dictamen Núm. 287/2013 y en la estela de lo también consolidado jurisprudencialmente) que la ausencia del consentimiento informado del paciente en el curso o con ocasión de una concreta asistencia sanitaria lleva aparejada la obligación de resarcir “el resultado dañoso”, con independencia de cualquier otra valoración en relación con la adecuación a la *lex artis* del acto médico enjuiciado. Sin embargo, en el caso examinado es palmario que la reclamante no invoca daño alguno atribuible al procedimiento anestésico, razón por la cual las eventuales irregularidades relacionadas con este carecerían de transcendencia a la hora de fundamentar una pretensión resarcitoria. Es más, al margen del déficit informativo -que, como se ha indicado y dadas las circunstancias concurrentes, no conlleva consecuencias indemnizatorias-, no parece lógico suponer que la interesada, habiendo consentido someterse a la cirugía -correctamente informada y consciente de los riesgos que conllevaba-, hubiese negado su consentimiento a la correspondiente e imprescindible anestesia.

Por otro lado, y en relación con la circunstancia de que la firma que figura en el documento de consentimiento informado para la anestesia no hubiese sido efectuada por la reclamante, debemos advertir que un pronunciamiento acerca de la veracidad de tal alegación y sus eventuales consecuencias queda a extramuros de la consideración por parte de este órgano consultivo, limitado aquí, *ex lege*, a manifestarse acerca de la responsabilidad de la Administración por los daños y perjuicios derivados de la intervención médica, y -como ya se ha indicado- ningún daño se atribuye por la reclamante al procedimiento anestésico.

En suma, de la documentación e informes obrantes en el expediente se desprende que la paciente fue convenientemente informada acerca de los riesgos que presentaba la intervención quirúrgica a la que se sometió y en cuyo desarrollo no ha quedado evidenciada mala praxis, siendo el daño producido una indeseable materialización de aquéllos y sin que se advierta responsabilidad alguna del servicio público sanitario al respecto, que desplegó una actividad asistencial atenta y continuada en función de la evolución de la patología, por lo que la reclamación presentada no puede prosperar.

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.