



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero y  
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 17 de febrero de 2016, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

### **I**

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

El día 18 de agosto de 2015 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 19 de agosto de 2015, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 355/2015, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Ramos Antón.

**Primero.-** El 28 de septiembre de 2012 D. xxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración de la Comunidad, debido a los daños y perjuicios sufridos por la amputación infracondílea de su pierna derecha, que achaca a la deficiente asistencia

sanitaria recibida en su centro de Atención Primaria y en el Complejo Asistencial de xxxx1.

Expone que el 20 de enero de 2012 se lesionó la extremidad inferior derecha como consecuencia de un sobreesfuerzo. Al no remitir el dolor, al día siguiente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital hhh1 de xxxx1, donde le diagnosticaron esguince y rotura fibrilar del gemelo, le inmovilizaron la pierna con vendaje elástico, le pautaron tratamiento y le citaron en el Servicio de Traumatología ocho días después. Alega que, pese a seguir las indicaciones médicas, comenzó a sentir dolores y pérdida de sensibilidad en el pie derecho, por lo que el 30 de enero acudió de nuevo al Servicio de Urgencias, donde, sin realizar prueba alguna, le remitieron a la consulta de Traumatología programada para el día siguiente. Manifiesta que en esta consulta tampoco se le realizó prueba alguna y el facultativo se limitó a colocarle una férula de escayola "desde los dedos del pie hasta la rodilla" y a solicitar una ecografía para el 23 de febrero.

Ocho días después de la colocación de la férula, al intensificarse los dolores a pesar de la toma de analgésicos, el paciente "decide retirarse la férula él mismo con unas tijeras". Afirma que "el estado del pie es absolutamente lamentable, presentando pérdida de sensibilidad así como diversas heridas interdigitales junto con una coloración eritematosa generalizada". Ante tal situación, acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria el 11 de febrero, donde, sin realizar prueba diagnóstica alguna, le vuelven a vendar y le recomiendan poner el pie en alto para facilitar el retorno sanguíneo. (El reclamante asevera que el informe no se entregó al paciente sino tras varias peticiones y que incluye "datos que no se corresponden con la realidad, puesto que el médico que le atendió no realizó una exploración de las heridas plantares necrosadas en el nacimiento de los dedos del pie, tampoco tomo los pulsos pedios del paciente y ni siquiera hace mención a la retirada de la férula por parte del paciente").

Ese mismo día, en su domicilio, ante la persistencia del dolor, la familia decide volver a retirar la venda "comprobando estupefactos cómo el estado que presenta la pierna parece haber empeorado de manera progresiva, evidenciándose asimismo la presencia de una serie de heridas en la planta del pie (...) que nunca fueron comprobadas en el centro de salud".

El 12 de febrero acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital hhh1. Allí le realizan "una adecuada exploración que no detecta pulsos pedios". En el informe se hace constar lo siguiente: "dedos del pie derecho con frialdad, con disminución de relleno capilar, herida en surco interdigital entre 1º y 2º dedo, así como eritema y aumento de calor local a nivel de dorso de pie y con edema y eritema en el maléolo interno. Pulso pedio no palpo por el edema". Ante la clínica que presentaba el paciente se decide realizar "una prueba diagnóstica adecuada para determinar el flujo sanguíneo de la pierna: un Ecco Doppler de MII venoso y un Ecco Doppler de MII arterial, cuyas conclusiones" son: "No se observan signos de TVP. Oclusión vascular aguda, aparentemente completa, de arteria femoral superficial distal (posiblemente a través del canal de los abductores)".

Con el diagnóstico de isquemia arterial aguda, ese mismo día se traslada al paciente de forma urgente al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital hhh2 de xxxx2, donde, a pesar de la cirugía practicada y ante la mala evolución del pie, el 16 de febrero se decide la amputación del miembro inferior derecho por debajo de la rodilla (infracondílea). El paciente recibe el alta hospitalaria el 27 de febrero y se le deriva a rehabilitación y seguimiento en xxxx1, para colocarle posteriormente una prótesis.

El reclamante alega que ha existido un evidente retraso en el diagnóstico de la patología que realmente padecía y que ello ha determinado la pérdida de oportunidad terapéutica que ha causado un daño desproporcionado, como es la amputación de su pierna derecha, que el paciente no está obligado a soportar.

No cuantifica el importe de la indemnización que reclama.

Adjunta a su reclamación copia de informes médicos y de documentación clínica, de partes de baja y confirmación laborales. Posteriormente comparece personalmente para otorgar su representación

**Segundo.-** Obran en el expediente la historia clínica del paciente y los siguientes informes profesionales:

- Informe de la médico de Atención Primaria que atendió al paciente, de 12 de diciembre de 2012.

- Informes del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 27 de noviembre de 2012.

- Informe del Jefe de Sección de la Unidad de Urgencias del Complejo Asistencial de xxxx1, de 25 de enero de 2013.

- Informe de la Inspección Médica de 14 de octubre de 2014, desfavorable a la reclamación presentada, al considerar que la actuación sanitaria fue conforme con la *lex artis ad hoc*.

- Dictamen médico elaborado a instancia de la aseguradora de la Administración el 22 de enero de 2015 (en adelante, dictamen médico).

- Escrito del Jefe del Servicio de Inspección de 28 de enero de 2015, en el que se comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxxx1 que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad ha considerado "que, inicialmente, no procede acceder a la solicitud indemnizatoria planteada en la reclamación".

**Tercero.-** En el trámite de audiencia el reclamante presenta alegaciones y reitera la pretensión resarcitoria.

**Cuarto.-** El 30 de marzo de 2015 la Inspección Médica, a la vista de las alegaciones presentadas, realiza diversas precisiones.

**Quinto.-** Concedido un nuevo trámite de audiencia, no consta la presentación de alegaciones o documentación alguna.

**Sexto.-** El 7 de julio se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

**Séptimo.-** El 28 de julio de 2015 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

**Octavo.-** Mediante Acuerdo del Presidente del Consejo Consultivo de Castilla y León, de 25 de septiembre de 2015, se requiere de la Consejería de Sanidad que se complete el expediente con un informe complementario de la Inspección Médica en el que se pronuncie sobre si los médicos pudieron tener acceso a la historia clínica –en la que consta el antecedente médico de la enfermedad trombótica venosa del paciente- y, en caso negativo, se expliquen detalladamente las causas que lo impedían.

En la misma fecha se suspende el plazo para emitir dictamen.

**Noveno.-** El 10 de febrero de 2016 se recibe el informe solicitado, al que se adjunta documentación sobre los accesos a la historia clínica en papel y electrónica.

Recibida dicha documentación, se reanuda el plazo para la emisión del dictamen.

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (28 de septiembre de 2012) hasta que se

formula la propuesta de orden (7 de julio de 2015). Esta circunstancia constituye un incumplimiento de los plazos previstos en el artículo 13.3 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, y por tanto una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**3ª.-** Concurren en el reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece 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".

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis ad hoc*. La teoría de la *lex*

*artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser éste antijurídico– cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis ad hoc*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis ad hoc*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia según la cual “a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida”.

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, el interesado alega que ha existido retraso en el diagnóstico de la patología que presentaba el paciente, que ha conllevado una pérdida de oportunidad terapéutica al sufrir, como consecuencia de dicho retraso, la amputación de su pierna derecha.



Con carácter previo ha de ponerse de manifiesto que este Consejo, al dictaminar sobre los asuntos sometidos a consulta, debe limitar su examen y pronunciamiento a la documentación obrante en el expediente, sin que pueda enjuiciar la validez o no de los informes existentes en la historia clínica, por no ser competencia de este Consejo. Tal advertencia se realiza ante la alegación del reclamante de que el informe de Urgencias del 11 de febrero de 2012 no plasma la realidad de la asistencia médica recibida, asistencia que, afirma, no se adecuó a los mínimos exigibles. Dado que, por un lado, según se desprende del expediente, el informe de Urgencias no ha sido modificado en el sistema informático (no se ha borrado ni tachado nada) y, por otro lado, la veracidad o validez de dicho informe no se ha impugnado por los cauces oportunos ni se ha acreditado su falsedad, ha de considerarse válido y veraz a efectos probatorios.

Sentado lo anterior, tanto los informes de la Inspección Médica como el dictamen médico avalan la corrección de la asistencia sanitaria prestada al paciente, que se adecuó a la sintomatología que presentaba en cada momento.

Todos ellos parten de considerar la importancia en la aparición de la trombosis de un defecto trombofílico hereditario que padecía el reclamante: "mutación heterocigota del gen del factor V de Leiden, asociado a una mutación heterocigota (G20210A) del gen de la protrombina". El conocimiento de esta mutación incrementaba el riesgo trombótico del paciente. Este riesgo, que no era conocido con anterioridad, se alcanzó tras el estudio realizado por el Servicio de Hematología del Hospital hhh1 en fechas posteriores a la amputación de la pierna.

El dictamen médico considera que en la aparición de la trombosis arterial sufrida por el reclamante "confluyeron y actuaron de forma sinérgica varios factores causales (genéticos/hereditarios y ambientales/adquiridos)". En cuanto a los primeros, manifiesta que el paciente no tenía antecedentes familiares de enfermedad trombótica y que el estudio de hipercoagulabilidad previo había resultado normal (a diferencia del realizado con posterioridad, en el que se detectó el trastorno hereditario referido). En cuanto a los segundos, señala que concurrieron, por una parte, factores de larga evolución que son causa de la arteroesclerosis, como son la hipertensión arterial, el tabaquismo y la dislipemia que condicionaron la génesis y evolución desfavorable del proceso; por otra parte, factores relacionados con los días previos a la generación del trombo,

como la lesión muscular, la inmovilización y el consiguiente aumento de presión de la pierna del paciente (síndrome compartimental).

El propio dictamen afirma que "se realizó una evaluación completa por tres facultativos y que ésta tuvo como juicio clínico final coincidente el de inflamación asociada a una rotura muscular" y que "En todas las valoraciones se refleja una correcta anamnesis y exploración física, con valoración vascular documentada"; y pone de manifiesto que "la presencia de una isquemia arterial aguda en un paciente relativamente joven, sin antecedentes previos de trombofilia y en tratamiento con dosis profilácticas con heparina de bajo peso molecular es un hecho poco frecuente". Por ello, afirma que el diagnóstico del proceso no era sencillo ya que la presentación clínica fue atípica, manifiesta sus dudas sobre "si un diagnóstico más precoz del cuadro clínico hubiera tenido como consecuencia una evolución diferente de la trombosis" y concluye que "De hecho, la confluencia y sinergia de los factores causales fueron elementos determinantes de la evolución del proceso y también, en parte, de su irreversibilidad".

No obstante, se advierte que en el dictamen médico se destaca "que el paciente no manifestara sus antecedentes de enfermedad trombótica venosa como parte de su historial médico en las primeras valoraciones médicas realizadas de forma previa al diagnóstico". Aunque tal antecedente figura en la historia clínica, el informe complementario emitido por la Inspección Médica a instancia de este Consejo, señala que cuando los datos clínico-asistenciales de un paciente tienen cierta antigüedad solo suelen estar en soporte papel y no en la historia clínica electrónica, salvo que el paciente lo refiera al facultativo mientras anota en el soporte informático. En este caso, el antecedente de enfermedad trombótica se produjo en 2006 y, según se indica, únicamente se encuentra recogido en la historia clínica en soporte papel, cuyo único acceso que consta se realizó el 31 de enero de 2012, con ocasión de la consulta programada de Traumatología, que es anterior al diagnóstico de la patología.

Si bien es cierto que en esa consulta podría haberse advertido dicho antecedente médico, lo cierto es que la cita traía causa de la rotura fibrilar de los gemelos que motivó su primera asistencia en Urgencias el 21 de enero y en la que le indicaron la consulta con Traumatología en 7-10 días. En este sentido, es razonable entender que la diligencia y buena *praxis* médica no debe alcanzar un estudio minucioso de todos y cada uno de los antecedentes médicos de un

paciente, con independencia del motivo de la consulta y de los síntomas que presenta y refiere en ese momento. Por ello, en este caso, en el que la consulta se había solicitado por una lesión muscular reciente, no se aprecia que el hecho de no advertir o tomar en consideración el citado antecedente pueda ser considerado, en atención a lo expuesto, como mala *praxis* médica.

Puede considerarse por ello, a la vista de los informes emitidos, que la asistencia prestada al paciente no fue contraria a la *lex artis ad hoc*, ya que la presentación atípica de la clínica y el desconocimiento previo de los factores genéticos determinantes de la trombosis impidieron alcanzar un diagnóstico adecuado con anterioridad, pese a la valoración completa –en palabras del dictamen médico- que se realizó al paciente.

Por ello, la reclamación debe desestimarse.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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