

Dictamen nº: **210/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **04.05.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 4 de mayo de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto antes referido y promovido por D.P.F., sobre responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid por la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Hospital Severo Ochoa de Leganés.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el 4 de junio de 2010 en el Servicio de Correos y registro de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el 7 de junio de 2010, se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, por los daños y perjuicios ocasionados, a su juicio, por entender que la herida que presentaba en el tercer dedo de la mano derecha fue incorrectamente tratada (deficiente sutura, aplicación de dedil y no realizar tratamiento con heparina), lo que le causó graves lesiones.

Acompaña a la reclamación copia de diversos documentos médicos; certificado de la empresa donde trabaja; parte médico de alta de incapacidad temporal por contingencias comunes de 23 de diciembre de 2009 (baja 12 de junio de 2009); nóminas de enero de octubre de 2009; y copia de un documento de la renta del año 2009.

Cifra la cuantía indemnizatoria en treinta y tres mil ciento noventa y un euros y treinta y tres céntimos (33.191,33 €), de los que 22.220 € corresponden a los 196 días de incapacidad laboral e “*innecesaria intervención padecida*”; 6.030 € por lesiones permanentes; en estas cantidades va incluido el 10% de factor corrector por encontrarse la víctima en edad laboral; y 4.041,33 € por perjuicios económicos derivados de la reducción de haberes durante el tiempo que permaneció de baja laboral.

SEGUNDO.- La historia clínica y la restante documentación médica obrante en el expediente, ponen de manifiesto los siguientes hechos:

El perjudicado, de 34 años de edad en el momento de los hechos, acude el 10 de junio de 2009 al servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés por un corte en el tercer dedo de la mano derecha. A la exploración física se aprecia herida incisa en interfalángica distal del tercer dedo, en cara dorsal, de trayecto transversal y de 1 cm. de longitud, sin afectación tendinosa, y sin exposición de tejidos profundos. La exploración neurovascular distal es normal. Se procedió a sutura con prolene de tres ceros y aplicación de dedil compresivo. Como tratamiento a seguir, se pauta voltaren 50 mg un comprimido si hay dolor, revisión de la herida en 48 horas, valorar la retirada de puntos en 10/15 días y control por su médico de atención primaria. Si hay complicaciones, volver a urgencias.

El día 12 de junio, el paciente refiere dolor intenso en el tercer dedo de la mano derecha, se retira él mismo el dedil, observando disminución del diámetro del dedo, con aspecto algo isquémico. Con el paso de las horas el dedo tomó un aspecto más tumefacto, siendo doloroso y aparición de ampollas en la región dorsal, por lo que acude al servicio de urgencias.

En la exploración física se observa impotencia funcional en la flexo-extensión interfalángica proximal e interfalángica distal, congestión venosa con saturación de oxígeno del 100 %. Posibles diagnósticos: lesión por

compresión excesiva o reacción alérgica por contacto (folio 159). Se solicita analítica y cultivo secuenciales del exudado. Se pauta tratamiento farmacológico y mantener el brazo derecho elevado. Juicio clínico: posible síndrome compartimental y reacción bullosa.

El día 13 de junio el paciente está normotenso, afebril, la saturación de oxígeno del dedo afectado es del 97%. Se pinchan las flictenas por referir el paciente compresión, el dolor es controlado con analgesia, presentando el paciente subjetivamente mejoría. A la exploración se objetiva buen relleno vascular, con ampollas desde la base del tercer dedo, con color violáceo.

El resultado de la analítica es: PCR < 5, leucocitos 10.34, resto normal. Indican continuar con la observación y el tratamiento prescrito.

El 14 de junio, el dedo presenta una coloración violácea, similar a la del primer día, con ligera mejoría de coloración en cara palmar. La saturación de oxígeno del dedo afectado es del 95%.

Al día siguiente, 15 de junio, hay clara mejoría de la evolución. El tratamiento pautado es: curas en la enfermería de traumatología, Augmentine 875/125 vía oral cada 8 horas, Diclofenaco 50 mg cada 8 horas, Omeprazol 20 mg cada 24 horas, ácido acetil salicílico (AAS) de 500 mg cada 12 horas y Nolotil un comprimido cada 8 horas, con mano en alto y mover los dedos.

Con el fin de descartar una reacción alérgica, el paciente es visto en el servicio de dermatología, a petición del servicio de traumatología.

El informe de dermatología refiere que la herida del paciente fue tratada con betadine + sutura, adjuntándose medidas de protección. A las veinticuatro horas se observó marcado edema y eritema con aparición de ampollas y flictenas. El cuadro fue calificado como lesiones ampollosas en probable relación a compresión en zona proximal de dorso de tercer dedo de la mano, valorándose como otras posibilidades dactilitis o celulitis

secundaria a la herida incisa. Se indicó tratamiento con antibiótico, analgésico y fomentos de sulfato de cobre. Se cita para revisión.

Dada la buena evolución y la negatividad de los cultivos se le da el alta hospitalaria el día 15 de junio de 2009, con el juicio clínico de isquemia aguda de tercer dedo de mano derecha.

Acude nuevamente el paciente al servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa, el 16 de junio de 2009 por dolor intenso, decidiéndose el ingreso hospitalario en el Servicio de Traumatología, para observación y tratamiento analgésico. Pautándose: Adiro 300 mg c/24h. Hemovas 300 mg diluido en suero salino c/8h. Amoxicilina/Clavulánico 1 gr c/8h vía intravenosa. Diclofenaco comprimidos 50 mg 1/8h. Paracetamol 1 gr c/8h IV. Nolotil en ampollas de 2 g c/8h. Valium 10 mg en ampollas vía IV. Primperan ampollas de 10 mg, si precisa. Dolantina ampolla de 100 mg vía subcutánea de rescate. Suero glucosalino 500 ml c/8h, perfusión IV. Se cura el dedo con suero fisiológico más Clorhexidina. En la hoja de evolución de enfermería, se refiere que el paciente está normotensio, afebril y el dolor cede.

El día 17 de junio, el paciente continua afebril, se insiste en movimientos activos y pasivos de dedos de mano, el dedo afectado está más inflamado y con supuración sanguinolenta, se pautan curas cada 12 horas con Clorhexidina, y se recoge un exudado, para su análisis.

El día siguiente, 18 de junio, se suspende el Hemovas, se cura el dedo y se drenan las ampollas. El día 19 se cambia el tratamiento en las curas, realizándose con agua y jabón y recomendación de mover los dedos. El día 21 tras la cura del dedo, se pone Betadine local (folios 69/118).

El día 22 de junio es curado por el facultativo realizando desbridamiento quirúrgico. En hoja de evolución de enfermería se refleja curas diarias por facultativos del servicio. El paciente presenta constantes mantenidas y

afebril. La saturación de oxígeno es del 99% en el dedo afectado (folios 70/120).

En las anotaciones correspondientes al 26 de junio consta “*zona de necrosis en falange proximal y falange distal en anillo*”. Saturación 96 %. El 27 de junio saturación del dedo afectado 100 %. Dolor controlado con analgesia (folio 121).

El día 28 de junio, “*La necrosis de la falange distal ha avanzado. Pulpejo libre de necrosis. Falange proximal se extiende necrosis hacia zona dorsal. Se mantienen buenas saturaciones. Se comenta al paciente que se está esperando la delimitación de necrosis para realizar escarectomía completa en quirófano*” (folio 70).

El 29 de junio, se realiza cura quirúrgica del dedo con gran desbridamiento de la escara situada en la zona proximal y se elimina toda la piel muerta de la zona distal. Se cura con Acuacel en zona proximal más Betadul en zona distal. Posible alta (folio 122).

El 30 de junio de 2009 se realiza nueva cura y el paciente recibe el alta hospitalaria, próxima cita 3 de julio (folio 123).

Acude al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología el 3 de julio (folio 162), juicio clínico, fiebre en isquemia de tercer dedo mano derecha. En la consulta del 6 de julio, se recomienda continuar con tratamiento antibiótico (folio 163). Acude a revisión de la herida los días 12 y 14 de julio.

El día 23 de julio de 2009, el paciente firma el consentimiento informado del Servicio de Traumatología para la intervención quirúrgica programada por la necrosis de piel en el tercer dedo de la mano derecha, con colgajo de rotación. Entre las posibles complicaciones de la intervención propuesta figuran: fracaso del colgajo, necesidad de reintervención, amputación y alteración de la movilidad (folios 90 y 91).

Firma el consentimiento informado del Servicio de Anestesia para intervención quirúrgica el día 31 de julio (folios 88 y 89).

El día 4 de agosto de 2009, el paciente ingresa en el Hospital Severo Ochoa para intervención quirúrgica programada, con el diagnóstico de infarto venoso del tercer dedo de la mano derecha, con exposición de tendón. Es intervenido el 5 de agosto, realizándose colgajo de Weston más colgajo de avance en el tercer dedo. Tras un posoperatorio sin complicaciones es dado de alta hospitalaria el 7 de agosto, con tratamiento de Nolotil 1 c/8h alternando cada 4 horas con Paracetamol 1 g/8h. Omeprazol 20 mg /24h. Recomendaciones al alta: acudir a la sala de curas de la consulta de traumatología el día 14 de agosto de 2009, solicitar cita en rehabilitación y si presentase fiebre o dolor incontrolable, acudir a urgencias (folio 67).

El paciente es visto en la consulta de rehabilitación el 20 de agosto de 2009. En la exploración se objetiva un colgajo en región dorsal primera falange, del tercer dedo de la mano derecha, bien adherido, aún lleva algunos puntos de sutura, con piel frágil. Edema en todo el dedo. Gran limitación a la flexo-extensión en todas las articulaciones del tercer dedo sobre todo en la IFP -interfalángica proximal-, en el cuarto dedo distancia pulpejo-palma 3 cm. En primero, segundo y quinto dedo movilidad conservada.

Realiza tratamiento rehabilitador, con mejoría lenta pero progresiva, hasta el 23 de diciembre de 2009, fecha en la que es dado de alta. En el momento del alta presentaba cicatrices en buen estado, no adheridas. Sin edema en el tercer dedo. Movilidad prácticamente completa, excepto limitación a la extensión en IFP del tercer dedo de -5°. Puño y pinza oposición completos y con fuerza. Mano es funcional. La principal secuela es una mayor sensibilidad al frío en ese dedo. Se recomienda utilizar la

mano en todas las actividades de la vida diaria y usar guantes en épocas de frío (folio 61).

TERCERO.- Ante la reclamación se incoa procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración. En fase de instrucción se han recabado los informes médicos que conforman la historia clínica del reclamante (folios 59 a 170) e informes del Servicio de Dermatología (folio 166), de Rehabilitación (folio 167) y del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de 28 de junio de 2010 (folios 169 y 170), este último expedido en los siguientes términos:

“Paciente acude al servicio de Urgencias de nuestro hospital el día 10/6/09 por presentar una herida en el tercer dedo de la mano derecha.

Se realizó sutura, sin presentar complicaciones y se recomendó tratamiento antiinflamatorio, revisión de la herida en 48 horas, valorar retirada de puntos en 10 a 15 días y control por su médico de atención primaria y SI COMPLICACIONES, VOLVER A URGENCIAS.

Según refiere el paciente a lo largo de las siguientes 24 horas comenzó con dolor intenso, retirándose él mismo el dedil que servía de protección a la herida y notó disminución del diámetro del dedo, con aspecto algo isquémico. Con el paso de las horas comenzó a estar más inflamado y doloroso, apareciendo ampollas en región dorsal, por lo que acude a urgencias del Hospital Severo Ochoa el día 12/6/09 (es decir, habían pasado 48 horas). A su llegada a Urgencias, a la 01:29h el aspecto del dedo es algo isquémico y, con el paso de las horas, se vuelve más tumefacto y doloroso, por lo que se decide dejar en observación, con los diagnósticos posibles de LESIÓN ISQUÉMICA DEL DEDO POR COMPRESIÓN O REACCIÓN ALÉRGICA. Se realiza petición analítica y cultivo de exudado de herida quirúrgica. A la mañana siguiente es valorado nuevamente, iniciando tratamiento con Urbason,

antiinflamatorios, antibiótico y analgésico, con el diagnóstico posible de SÍNDROME COMPARTIMENTAL. Se fue valorando saturación de oxígeno en dicho dedo, que fue similar en todo momento al de los dedos adyacentes. El paciente fue evolucionando favorablemente y fueron negativos los cultivos. Fue valorado igualmente por el servicio de Dermatología recomendando continuar con mismo tratamiento, por lo que se decide alta hospitalaria con fecha 15/6/09, recomendando curas en consultas externas dos días a la semana y continuar con tratamiento médico, siendo el juicio clínico ISQUEMIA AGUDA DE DEDO.

Acude nuevamente a Urgencias en la madrugada del día 16/6/09 por presentar dolor agudo en dedo, por lo que se decide su ingreso hospitalario nuevamente. Durante su estancia en el hospital el dedo progresa desfavorablemente, formando escaras en la base de la tercera falange, necesitando escarectomía de la zona necrótica, sin observar exposición de hueso ni tendón en ningún momento. Fue dado de alta hospitalaria con fecha 30/6/09, recomendando continuar con curas en consultas externas dos veces por semana.

Paulatinamente fue realizando exposición de tendón extensor, por lo que se propuso tratamiento quirúrgico, siendo ingresado nuevamente con fecha 4/8/09, realizando tratamiento quirúrgico el 5/8/09 practicando colgajo de avance para cobertura cutánea del tendón, siendo dado de alta hospitalaria nuevamente con fecha 7/8/09.

Posteriormente fue remitido al servicio de rehabilitación, donde estuvo realizando tratamiento, siendo dado de alta el 23/12/09, siendo la exploración por dicho servicio al alta: cicatrices con buen estado -no adheridas-, no edema de tercer dedo, movilidad prácticamente completa, excepto limitación a la extensión de interfalángica proximal de tercer dedo. Puño y pinza: oposición completas y con fuerza. Mano funcional.

La principal secuela es una mayor sensibilidad al frío en este dedo. En el momento actual estas secuelas pueden darse como definitivas.

Por tanto, se trata de un paciente que sufrió una herida en tercer dedo de la mano derecha y que sufrió una lesión isquémica de dicho dedo, ocasionado presumiblemente por un aumento del edema del dedo transcurridas unas horas, que provocaron compresión por el dedil. Si el paciente hubiera acudido inmediatamente al Servicio de Urgencias, quizá la evolución habría sido menos desfavorable. Esta isquemia evolucionó a un infarto venoso, que provocó la reacción de escaras en el dedo y la cirugía posterior. En el momento actual su mano es funcional”.

Asimismo, obra en el expediente el Informe de la Inspección Sanitaria (folios 171 a 223), cuyo juicio crítico pone de manifiesto:

“Según la bibliografía revisada, el Síndrome Compartimental Agudo es un conjunto de signos y síntomas secundarios al aumento de la presión en una celda fascial de un miembro, lo cual provoca una disminución de la presión de perfusión capilar, comprometiendo la viabilidad de los tejidos de dicha celda y esto desencadena diversas lesiones. La causa entre otras, puede ser un vendaje compresivo.

El aumento de la presión intracompartimental provoca una disminución de la presión capilar lo cual conlleva a una isquemia muscular y nerviosa. El síntoma fundamental es el dolor intenso. El diagnóstico se hace por la clínica y la exploración física, fundamentalmente.

El día 10/06/09 el paciente fue tratado por el Servicio de Traumatología del H.S. Ochoa por presentar herida en tercer dedo de mano derecha, se le realizó sutura y se recomendó tratamiento con antiinflamatorios con revisión de la herida en 48 horas y control por su

medico de atención primaria, recomendándose volver al servicio de urgencias si complicaciones.

El paciente según el mismo alegó, comenzó con dolor intenso, retirándose el dedil, acudiendo por persistencia del dolor e inflamación del dedo al Servicio de Urgencias del hospital el día 12/06/09, habían pasado 48 horas.

El Síndrome Compartimental Agudo (S.C.A.) por compresión, que sufrió el paciente, tras la cura realizada con sutura de la herida y dedil como medida de sujeción, como queda reflejado en el informe de alta, se le indicó al paciente que volviera al Servicio de Urgencias del Hospital si hubiera alguna complicación, cosa que hizo, pero transcurridas 48 horas.

El dedo evolucionó a isquemia como complicación del S.C.A. Posteriormente se le realizaron pruebas y se pautó tratamiento para resolver la complicación de isquemia aguda del dedo, pero evolucionó mal, hasta que fue necesario nuevo ingreso hospitalario para la realización de una intervención quirúrgica programada, de colgajo para cobertura cutánea de tendón expuesto.

Después del tratamiento realizado en el Servicio de Rehabilitación el paciente recibió el alta el día 23/12/09 con resultado de mano funcionante, para todas las actividades de la vida diaria con secuela de una mayor sensibilidad al frío en el tercer dedo de la mano derecha.

En la reclamación, se hace referencia a la falta de tratamiento precoz con anticoagulante de Heparina. Según la bibliografía consultada, en el protocolo para la prevención de la Enfermedad Tromboembólica Venosa hay tres categorías, según el riesgo de padecer Enfermedad Tromboembólica:

1.- Paciente de bajo riesgo entre los que están los pacientes que sufren un traumatismo o enfermedad médica sin otros factores de riesgo.

2.- *Pacientes de riesgo moderado.*

3.- *Pacientes de riesgo elevado.*

Entre la profilaxis de Enfermedad Tromboembólica Venosa están, como métodos farmacológicos: Las Heparinas fraccionadas (Heparina de bajo peso molecular) de elección para los pacientes de riesgo moderado, los anticoagulantes orales, se debe considerar su posible uso en caso de hipersensibilidad a la heparina y los antiagregantes plaquetarios el más conocido y con una mejor relación beneficio/riesgo el ácido acetilsalicílico (AAS).

Al paciente se le pautó tratamiento antiagregante plaquetario de ácido acetil salicílico en 500mg cada 12 horas, el día 12/06/09.

CONCLUSION

Consultada la bibliografía que adjunto y revisada la historia clínica del paciente, considero la asistencia prestada por el Hospital Severo Ochoa, fue correcta en el curso clínico de este paciente”.

Por escrito registrado el 15 de diciembre de 2010 y notificado el 20 del mismo mes (folios 225 a 227), se requiere al reclamante para evacuar el trámite de audiencia, sin que conste en el expediente que se hayan presentado alegaciones por su parte.

El 28 de febrero de 2011 se formula por la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria propuesta de resolución desestimatoria, que es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos en la Consejería de Sanidad.

CUARTO.- En este estado del procedimiento y mediante Orden del Consejero de Sanidad, de 18 de marzo de 2011, que ha tenido entrada el 28 del mismo mes, se formula consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección V, presidida por el Excmo. Sr. D. Ismael Bardisa Jordá, que firmó

la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 4 de mayo de 2011.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación que, en formato cd, se consideró suficiente y de la que se ha dejado constancia en los anteriores antecedentes de hecho.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (en adelante LCC), por ser la cuantía de la indemnización superior a quince mil euros, y se efectúa por el Consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC.

SEGUNDA.- Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesado, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJ-PAC), desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de

marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que es la persona que sufre el daño causado supuestamente por la deficiente asistencia sanitaria.

Asimismo, se encuentra legitimado pasivamente el Servicio Madrileño de Salud, en la medida en que está integrado en él el Hospital Severo Ochoa, de Leganés, supuestamente causante del daño.

Por lo que al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad se refiere, el derecho a reclamar prescribe al año desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o manifestarse su efecto lesivo. Tratándose de daños físicos o psicológicos el plazo comienza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (artículo 142.5 LRJ-PAC). En el presente caso, la reclamación trae causa de la asistencia sanitaria prestada a partir del día 10 de junio de 2009, si bien la estabilización de las secuelas no se ha producido hasta meses después, por lo que se encuentra en plazo la reclamación presentada el 4 de junio del 2010.

TERCERA.- El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación mencionada en la anterior consideración. Especialmente, se ha procedido a la práctica de la prueba precisa, se ha recabado informe del Servicio cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia exigido en los artículos 9, 10 y 11 del Real Decreto 429/1993, respectivamente, y 82 y 84 LRJ-PAC.

CUARTA.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo

106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: “*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*”. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

“*1.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos.*

2.-En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económico e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económico e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento

normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En materia sanitaria la responsabilidad patrimonial de la Administración ha quedado matizada por la introducción de la adecuación a la *lex artis* porque de acuerdo con una larga y consolidada jurisprudencia que se reitera en la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008, “*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*”, o lo que es lo mismo, *la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso*”.

QUINTA.- Acreditada la realidad del daño, mediante los informes médicos obrantes en el expediente, daño que es evaluable económicamente e individualizado en la persona del reclamante, la cuestión se centra en dilucidar si dicho daño es imputable a la acción u omisión de los servicios

públicos sanitarios en una relación de causa a efecto, y si el daño reviste el carácter de antijurídico.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de este servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, exigiéndose para determinar la responsabilidad la existencia no sólo de la lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), y de 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) disponen que “*se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos*”.

Esta misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencia de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000), señala: “*lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a*

ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”.

Por su parte, las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 (Recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) establecen que “*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*”. Resulta ello relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, no convierte a la Administración a través de esta institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder solo de aquellos que no tengan el deber jurídico de soportar.

En otro orden de cosas, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000-, entre otras).

Sin embargo, en el caso que nos ocupa la adecuación a la *lex artis* que de los informes obrantes en el expediente se infiere no ha sido contradicha por el reclamante con medios probatorios, que no aporta, ni propone ninguna prueba de la vulneración de las buenas prácticas médicas por la actuación sanitaria de la que pudieran derivarse resultados indemnizatorios para la

Administración, más allá de sus alegaciones que no hacen prueba de lo cuestionado.

El interesado acudió a urgencias por presentar un corte en el tercer dedo de la mano derecha. Se le realizó cura de la herida, sutura y, para proteger la herida, se le colocó un dedil. Alega el reclamante que la mala colocación del dedil le produjo una excesiva compresión del dedo que provocó una isquemia con evolución tórpida, por lo que precisó de intervención quirúrgica, siendo el resultado de la misma y la evolución posterior satisfactoria, hasta recuperar la movilidad del dedo casi completamente, excepto una limitación a la extensión interfalángica proximal, quedando como secuela una mayor sensibilidad al frío.

Resulta incontrovertido que el dedil le presionó en exceso el dedo hasta provocarle un síndrome compartimental agudo que desembocó en la isquemia y el infarto venoso del dedo afectado. Ahora bien, no hay evidencia de que el dedil se le colocara incorrectamente, sino que todo apunta, como se indica en el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, a que la compresión del dedil se produjo por el aumento del edema del dedo transcurridas unas horas.

Ahora bien, no puede pasarse por alto la actitud expectante del paciente, que dejó pasar cuarenta y ocho horas a pesar de la agravación del cuadro que padecía, de los fuertes dolores y del mal aspecto que presentaba el dedo, lo que pudo comprobar puesto que él mismo se retiró el dedil.

Sobre este punto es necesario tomar en consideración que en el informe de urgencias se indica control por su médico de atención primaria, al que no consta que acudiera y, lo que es más relevante, volver a urgencias si se produjera alguna complicación, lo que no hizo, como ya se ha reseñado, hasta dos días después, cuando ya se había producido la isquemia del dedo.

Por otra parte, el diagnóstico y tratamiento posterior que recibió fue, según se indica en el informe de la Inspección sanitaria, correcto. En un primer momento se barajó un doble diagnóstico: isquemia por compresión y/o reacción alérgica al yodo, betadine o betatul. Descartado esta última posibilidad tras las pruebas dermatológicas oportunas se llegó al diagnóstico de infarto venoso secundario a compresión, realizándose el tratamiento oportuno, sin perjuicio de que la desfavorable evolución obligara al tratamiento quirúrgico, tras el cual el paciente realizó rehabilitación, consigiéndose la recuperación funcional del dedo.

En mérito a cuanto antecede, no concurren en el caso dictaminado los elementos necesarios para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

Por todo lo señalado el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 4 de mayo de 2011