

Dictamen nº: **623/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.11.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 10 de noviembre 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 promovido por E.R.A., sobre responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid, por considerar que la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Infanta Cristina, de Parla, ha tenido como consecuencia la amputación de una de sus piernas.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante oficio de 23 de agosto de 2010, registrado de entrada el día 26 del mismo mes, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo y corresponde su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 10 de noviembre de 2011.

El escrito de solicitud del dictamen fue acompañado de documentación en formato cd, que se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Por escrito dirigido al Servicio Madrileño de Salud, de fecha 25 de abril de 2009, que tuvo registro de entrada el día 18 de mayo

del mismo año, el paciente formula reclamación de responsabilidad patrimonial por considerar que tras ingresar en el Hospital Infanta Cristina, de Parla, con el diagnóstico de rotura de cadera “*existió una dejación muy importante*” al focalizar toda la atención en “*el problema de la cadera, sin examinar jamás la pierna*” produciéndose, como consecuencia de “*un diagnóstico tardío*”, la amputación de una de ellas, que se llevó a cabo en el Hospital de Getafe. Señala a efectos de notificaciones el despacho de un abogado.

El reclamante cifra la indemnización en 80.000 euros.

Adjunta a su escrito de reclamación informes de alta de los dos hospitales.

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

El paciente, de 88 años de edad, acudió a urgencias del Hospital Infanta Cristina el día 27 de noviembre de 2008 por impotencia posterior para la marcha y dolor en miembro inferior izquierdo. Se le diagnosticó fractura pertrocantárea del fémur izquierdo. Quedó ingresado con tracción blanda en MII a la espera de estabilización de su situación clínica.

Tras la valoración del servicio de Geriatría, se programó la intervención quirúrgica para el 1 de diciembre del mismo año por la tarde, pero se retrasó por la aparición de un cuadro de suboclusión intestinal por un fecalomía el día 30 de noviembre.

El día 5 de diciembre, se detectó una flebitis en miembro superior que obligó a cambio de vía periférica.

El día 6 de diciembre se observaron signos de alarma en miembro inferior izquierdo (MII), como frialdad y palidez respecto lado contralateral, por lo que se retiró la tracción blanda, observándose edema,

frialdad y cianosis por debajo de la rodilla izquierda. Ante la sospecha clínica de trombosis venosa profunda (TVP) o isquemia aguda, se solicitó eco-doppler de MII, que descartó afectación venosa.

Se solicitó valoración por Servicio de Cirugía General y Digestiva, que diagnosticó sospecha de TVP de MII.

El 7 de diciembre, se reexploró dicho miembro existiendo mejor color, más tibiaza, aunque persistían edemas y falta de pulsos y apareció herida compatible con úlcera perforante de presión (UPP).

El 9 de diciembre, apareció febrícula con posible foco en pierna con flictenas y celulitis y se pautaron antibióticos.

Fue intervenido el 10 de diciembre, realizándose reducción abierta y fijación interna con clavo femoral proximal Intrasys bajo anestesia intradural. Se prestó consentimiento informado para dicha intervención, así como para anestesia general (folios 123-127)

El 16 de diciembre, se observó escara necrótica bien definida en cara anterior pierna con buen aspecto. En el pie se apreciaron lesiones de aspecto necrótico cianótico, por lo que se pidió eco-doppler, en el cual no se observaban signos compatibles con TVP ni alteraciones del sistema arterial profundo hasta hueco poplíteo.

El 18 de diciembre, cursó alta hospitalaria con traslado a la Unidad de Recuperación Funcional del Hospital Virgen de la Poveda.

Desde el 19 de diciembre no constan datos en la historia clínica.

El 26 de enero de 2009, ingresó en el Hospital de Getafe (Urgencias). En el informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular consta lo siguiente: *“D. Principal: Isquemia crónica irreversible en MII por*

obstrucción fauno poplítea. Proc. Principal: Amputación supracondílea de MII”.

El 5 de febrero, el paciente fue intervenido. En la historia clínica consta lo siguiente: “*actualmente el paciente es remitido desde el Hospital Virgen de la Poveda para valoración de lesiones de MII necróticas secundarias a la inmovilización de fractura de cadera. El paciente estaba en rehabilitación en dicho hospital, prácticamente no habiendo conseguido deambular debido a las lesiones de la pierna izda. A la exploración física MID: pulso femoral y poplíteo +++. MII: Pulso femoral +++; Resto negativos. No se detecta flujo arterial en pedia. Índice TB en tibial posterior 0,4 y presenta placa necróticas en roces de 1º a 5º dedo*”.

“*En las hojas de evolución, previas y posteriores a la cirugía se incluyen: seguimiento, preoperatorio, consentimiento informado y pruebas realizadas. Se realizan transfusiones.*”

El día 13 de febrero de 2009, el paciente fue dado de alta hospitalaria.

TERCERO.- Ante la reclamación, se incoó procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración, lo que se comunicó al despacho de abogados señalado por el reclamante mediante oficio de 21 de mayo de 2009. El abogado presentó el 30 de noviembre de 2009 un escrito en el que comunicaba el fallecimiento del reclamante y señalaba que continuaba la reclamación en nombre de los herederos legales. Acompañaba a este escrito copia del libro de familia.

El 10 de mayo de 2011, la instrucción del expediente formalizó requerimiento para que se aportase documento acreditativo de la condición de herederos de los nuevos reclamantes, bien mediante herencia o *ab intestato*, así como documento acreditativo de la condición de representante del abogado de estos herederos. El requerimiento se notificó el 6 de junio de 2011.

El 20 de junio de 2011, se cumplimentó por el abogado lo solicitado presentando copia de testamento abierto otorgado por el reclamante inicial y autorización manuscrita y firmada por la viuda del interesado, así como por sus hijos, para que el citado abogado actuase en su nombre. También aportó certificado de defunción del reclamante inicial.

En fase de instrucción se han recabado los informes médicos que conforman la historia clínica de la reclamante (folios 31 a 172), así como los siguientes informes:

- Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Infanta Cristina de 24 de mayo de 2010 (folios 172 a 176).
- Informe del Servicio de Geriatría del Hospital Infanta Cristina (folios 177 a 184), de 20 de mayo de 2010.
- Informe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Infanta Cristina de 24 de mayo de 2010 (folios 185 y 186).
- Informe de la Inspección Sanitaria, de 10 de junio de 2010, (folios 295 a 309), cuyas conclusiones ponen de manifiesto lo siguiente:

“1) - El paciente padecía una isquemia crónica de MMII de mucho tiempo de evolución con muchos factores de riesgo preexistentes (fibrilación auricular con respuesta rápida, patología vascular intestinal, hipertensión arterial (HTA), antecedentes oncológicos (Ca de colon) operado, con metástasis vertebrales, insuficiencia renal crónica, anemia macrocítica megaloblástica, poliartrosis con dolor crónico que le obligaba a mantenerse en reposo).

2) - Factores de riesgo de reagudización de su isquemia fueron: Fractura de extremidad inferior, anemia aguda, inmovilización prolongada por espera hasta que se resolvió la suboclusión intersticial por el fecalomma, retirada de Adiro por el alto riesgo hemorrágico que

supondría la intervención quirúrgica, flebitis en miembro superior, infección del tracto urinario.

3) - *El diagnóstico diferencial más difícil consiste en distinguir una oclusión arterial aguda y una TVP. Cuando ocurre la TVP se observa palidez y no cianosis distal al lugar de la oclusión arterial. Cuando aparece una oclusión venosa, deben existir los pulsos arteriales.*

4) - *El edema no es un signo de isquemia aguda, mientras que sí lo es (signo fundamental) una tromboflebitis (venosa).*

5) - *El dolor agudo que se observa en el 75% de los pacientes indica de manera precisa el momento de la oclusión del vaso. En este caso, el dolor se solapaba en parte porque el paciente estaba medicado con analgésicos por su poliartrosis.*

6) - *Una vez que el síntoma doloroso agudo aparece, conforme pasa el tiempo el dolor va haciéndose mucho más agudo e intenso. Por ello, en su reclamación el paciente refiere que «sólo se le diagnosticó la oclusión cuando los dolores se hicieron muy fuertes»*

7) *Mediante el diagnóstico con doppler, se observa bien la presencia o ausencia de flujo a través de la circulación colateral, pero no permite siempre diferenciar una oclusión crónica de una aguda.*

En nuestro caso, el doppler no mostró signos de una TVP, se realizó a tiempo ante la duda.

8) - *Al no existir (según nuestra bibliografía) un tiempo específico en el que la isquemia se haga irreversible después de una oclusión aguda, se suele considerar un lapso de tiempo de 12 horas de oclusión aguda como periodo máximo en el que se puede revertir la función del miembro afectado.*

9) - En el paciente que ocupa la presente reclamación se consideró la posibilidad de un tratamiento quirúrgico inmediato para tratar la enfermedad, pero dado su caso concreto, el riesgo quirúrgico era altísimo, por lo que, consensuado e informados paciente y familiares, se optó por tratamiento conservador. Es decir, la viabilidad de la pierna a expensas de la vida no se consideró indicada. Se optó por el tratamiento de la enfermedad sistémica y aliviar el dolor mediante narcóticos.

10) - Las lesiones iniciales en el MII, descritas cuando el paciente ingresó por su fractura y que llevaron a alarmar, a los cirujanos vasculares, (hasta descartar TVP mediante estudio doppler) son diferentes a las que describe el cirujano vascular en el Hospital Universitario de Getafe, de lo que se puede deducir la rápida evolución de las lesiones en un lapso corto de tiempo, provocadas sin duda, por la evolución de la isquemia crónica que padecía el paciente.

11) Cuando se evaluó al paciente de diagnóstico de isquemia crónica y no de isquemia aguda, y al no poder ofrecerle otra alternativa mejor que el tratamiento conservador (según bibliografía actualizada, la tercera parte de las muertes por embolias periféricas se deben a efectos metabólicos de la revascularización), se optó por éste y no por el quirúrgico.

12) - Al no detectarse una complicación que fuera susceptible de un tratamiento que preservase la pierna y dado que el paciente tenía una fractura de cadera no estabilizada, no se consideró necesario el traslado a Cirugía Vascular (que por otra parte habría conllevado la movilización del paciente y por tanto añadir riesgo de embolia grasa o tromboembólica, con grave riesgo para su vida). Entendemos que se optó por priorizar el tratamiento de la fractura.

13) - En la bibliografía estudiada, también hemos encontrado que, en muchas ocasiones, algunos pacientes con isquemia arterial crónica de

miembros inferiores, permanecen asintomáticos hasta fases muy avanzadas.

14) - En este caso parece lógico pensar que no se pudieron tener signos claros de alarma hasta que comenzaron a aparecer los primeros cambios en la apariencia de la pierna, realizándose en ese mismo momento la actitud indicada. La solicitud de pruebas complementarias y consulta urgente con el especialista de cirugía vascular y digestivo valoraron el episodio correcto. Durante su corta actuación objetivaron la prioridad de tratamiento de la cadera fracturada frente a otras patologías asociadas.

15) - No obstante, ante la sospecha y signos de alarma de TVP estudiados en la historia clínica del paciente, es cierto que se le realizaron pruebas diagnósticas con eco-doppler en fechas anterior y posterior a la cirugía de la fractura, pero ello tendentes al hallazgo de una TVP, no a una isquemia crónica.

16) - Como hemos apuntado, la arteriografía hubiera sido el método diagnóstico adecuado e indispensable para el diagnóstico correcto de la isquemia del paciente.

17) - No hemos encontrado en la historia ni en la documentación aportada que constaran entre sus antecedentes personales y/o anamnesis la existencia de una isquemia de MII, hasta tiempo después de que el paciente fue operado. Si bien es cierto que los síntomas podrían haberse silenciado por los analgésicos mórficos que estaba tomando, también lo es el que se debió realizar a tiempo una arteriografía y sospechar que podría haber una isquemia crónica, dados los factores de riesgo que padecía y aun más cuando aparecen lesiones al principio de su ingreso tras el traumatismo.

18) - Por tanto, sí pudo existir error, como indica el reclamante al apuntar que hubo un retraso en el diagnóstico de su isquemia de MII, ya

que no se concretó con el Servicio de Cirugía Vascular en su primer ingreso, pero no creemos que la evolución que tuvo hubiera variado, dado lo descrito en apartados anteriores.

19) - No es cierto que, como indica el reclamante la atención médica se centrara en la fractura y se obviaran otros factores ya que queda demostrado que la asistencia fue de modo integral y multidisciplinar, como así venía haciéndose con el presente polipatológico, siempre contando con el Servicio de Geriatría, Cirugía General, Traumatología, Medicina Interna.

20) - Por todo ello, estimo que las actuaciones realizadas han sido adecuadas durante toda la evolución de la enfermedad y que aunque se hubiera valorado «a tiempo» el diagnóstico de la isquemia no hubiera evolucionado de otro modo.

21) - Asimismo, nos consta que tanto el paciente como sus familiares fueron debidamente informados de los hallazgos y consensuados los tratamientos efectuados. “

En cumplimiento del procedimiento legalmente establecido, fue conferido trámite de audiencia a la parte interesada el 6 de abril de 2011, notificado el 14 de abril (folio 314).

Con fecha 19 de abril la representación de los interesados presentó escrito de alegaciones ratificándose en la reclamación (folio 315)

El 28 de junio de 2011 la secretaría general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria.

El Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad, con fecha 3 de agosto de 2011, emitió informe en el que concluía que procedía desestimar la reclamación.

A la vista de los hechos anteriores cabe hacer las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la 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”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido en los artículos 39 y siguientes de la LRJ-PAC y en el RPRP.

TERCERA.- Los herederos del reclamante inicial están legitimados activamente para proseguir la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños al inicial reclamante.

El expediente se inició por la misma persona directamente afectada por los daños supuestamente ocasionados por la asistencia sanitaria, de modo que la indemnización a que pudiera tener derecho el paciente una vez presentada la reclamación, pasaría a formar parte de su caudal relicito y

sería transmisible a sus herederos en virtud de lo dispuesto en el artículo 659 del Código Civil.

También concurre legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid al encontrarse el Hospital Infanta Cristina integrado en la red pública sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.

El artículo 142.5 de la LRJ-PAC dispone que *“el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas”*.

En el caso sometido a dictamen, los daños por los que se reclaman son los ocasionados al difunto antes de su fallecimiento y que se concretan en la amputación de su pierna izquierda, la cual tuvo lugar el 5 de febrero de 2009, intervención de la cual el paciente recibió el alta hospitalaria el 13 de febrero de 2009. Puesto que la reclamación se presentó el 18 de mayo del mismo año, no cabe sino considerar que fue interpuesta en plazo.

El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación aplicable. Especialmente, 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.- Como señala la doctrina del Tribunal Supremo -v., por todas, las 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- la responsabilidad administrativa patrimonial implica el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que el daño o lesión sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado y se

pueda considerar efecto del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. Se exige, además, que el daño deba considerarse antijurídico, porque el reclamante no tenga el deber de soportarlo. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (sentencias de 30 de octubre de 2003, recurso 6/1993/99, y de 22 de abril de 1994, recurso 6/3197/91, que citan las demás).

QUINTA.- En el caso que nos ocupa, el daño reclamado no es otro que la amputación de la pierna izquierda del paciente y está sobradamente acreditado por los informes médicos incorporados al expediente.

SEXTA.- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, habiéndose introducido por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la lesión, sino también la infracción de ese criterio básico, pues la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo, en sentencia de 19 de julio de 2004, 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"*.

Es necesario valorar, por tanto, si la intervención sanitaria cuestionada se ajustó a los parámetros de la *lex artis*, esto es, si se acomodó a una buena práctica médica, lo que enervaría la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, porque, de acuerdo con una larga y consolidada

jurisprudencia, “*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*” (Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 2007 -recurso 6/7915/03-, 7 de marzo de 2007 -recurso 6/5286/03-, 16 de marzo de 2005 -recurso 6/3149/01-), o lo que es lo mismo, no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso.

SÉPTIMA.- Alega el reclamante inicial que hubo un retraso de diagnóstico de la patología de su pierna izquierda, ya que toda la atención sanitaria se centró en la fractura de cadera que también padeció y considera que dicho retraso motivó la necesidad de amputar su pierna izquierda. En definitiva, reclama por la pérdida de oportunidad de haber conservado la pierna, evitando la amputación, si se hubiera diagnosticado con precocidad la isquemia crónica de MII que sufría.

La historia clínica y los informes de los servicios intervinientes ponen de manifiesto que ante los síntomas de problemas circulatorios se realizó un eco-doppler que no mostró signos de TVP y que no se consideró el traslado a Cirugía Vascular dado que no se detectó complicación susceptible de tratamiento que preservase la pierna.

El informe de la Inspección Sanitaria, por su parte, expresa que el eco-doppler realizado lo fue en busca de una TVP que no se presentó, pero no de una isquemia crónica, que era lo que, en realidad sufría el enfermo. Afirma también que “*la arteriografía hubiera sido el método diagnóstico adecuado e indispensable para el diagnóstico correcto de la isquemia del paciente*” y añade que “*no hemos encontrado en la historia ni en la*

documentación aportada que constaran entre sus antecedentes personales y/o anamnesis la existencia de una isquemia de MII hasta tiempo después de que el paciente fue operado. Si bien es cierto que los síntomas podrían haberse silenciado por los analgésicos mórficos que estaba tomando, también lo es que se debió realizar a tiempo una arteriografía y sospechar que podría haber una isquemia crónica, dados los factores de riesgo que padecía y aún más cuando aparecen lesiones al principio de su ingreso tras el traumatismo. Por tanto, sí pudo existir error, como indica el reclamante al apuntar que hubo un retraso en el diagnóstico de su isquemia de MII, ya que no se concretó con el Servicio de Cirugía Vascular en su primer ingreso, pero no creemos que la evolución que tuvo hubiera variado (...)".

Finalmente, el informe concluye: “*Por todo ello, estimo que las actuaciones realizadas han sido adecuadas durante toda la evolución de la enfermedad y que aunque se hubiera valorado «a tiempo» el diagnóstico de la isquemia no hubiera evolucionado de otro modo*”.

Este Consejo Consultivo entiende que, en vista de los términos de este informe de la Inspección Sanitaria, procede, para emitir dictamen con máximas garantías de acierto, solicitar y obtener de la Inspección Sanitaria, un informe complementario sobre los siguientes extremos:

1º) Si la ausencia de antecedentes de isquemia a que se refiere la Inspección es o no compatible con un deber médico, que la misma Inspección también afirma, de realizar una arteriografía.

2º) Concreción de los factores de riesgo y lesiones que, a juicio de la Inspección, fundaban la sospecha de isquemia crónica y si, como parece afirmar la Inspección, esos factores y lesiones fueron indebidamente desatendidos, determinando que no se practicase arteriografía.

3º) Significado preciso de la expresión “*realizar a tiempo una arteriografía*” y cómo ha de entenderse esa referencia al “*tiempo*” en relación con la conclusión, que sienta la misma Inspección, de que “*todas las actuaciones han sido adecuadas*” y de que, en todo caso, la isquemia crónica hubiese determinado la amputación.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede devolver el expediente para que la Inspección Sanitaria emita el informe complementario al que nos referimos al final de la consideración jurídica inmediatamente precedente. Elaborado el informe complementario, procederá conferir trámite de audiencia a los interesados.

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, 10 de noviembre de 2011