

En Logroño, a 26 de noviembre de 2014, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. José Luis Jiménez Losantos, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

56/14

Correspondiente a la consulta formulada por la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (SERIS) formulada por D. G. D. L., por daños y perjuicios que entiende causados al presentar un ictus cerebral tras haber sido tratado de una rotura, en accidente deportivo, del tendón rotuliano derecho, con resultado de diversas secuelas funcionales que han determinado su incapacidad permanente absoluta con grado de minusvalía del 70%; y que valora en 416.246,92 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

La reclamación se inició mediante formulación de queja por el reseñado reclamante, en hoja-impreso del Libro de quejas y sugerencias, fechada el 24 octubre 2013, y presentada el siguiente 25 octubre 2013, en el Registro de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de La Rioja.

La Consejería de Salud dictó Resolución de 28 octubre 2013, en cuya parte dispositiva se resolvía tener “...por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del día 25-10-2013,...” y se designaba Instructora del procedimiento.

Como quiera que aquél escrito inicial se limitaba a formular una queja en términos muy genéricos, imputando la responsabilidad de haberse visto afectado por un ictus isquémico, a

un defectuoso tratamiento de una lesión de rodilla por los Servicios médicos del SERIS y no contenía valoración alguna del daño que estimaba producido, por la Secretaría General Técnica de la Consejería se notificó al reclamante, con fecha 29 octubre 2013, escrito de la misma fecha, por el que, además de comunicarle el inicio del expediente y otras cuestiones, se le concedía un plazo de 10 días para que procediera a la evaluación económica de los daños reclamados.

En el Registro de la Consejería, se presentó escrito, fechado, por evidente error el 18 junio 2001, suscrito por el Abogado D. A. A. T., quien decía actuar en nombre del reclamante, y, en contestación al requerimiento de evaluación económica de daños, indicaba que el reclamante aún no había sido de alta, por lo que persiste en no evaluar el perjuicio económico reclamado.

Observada, por la Secretaría General Técnica de la Consejería, la falta de acreditación de la representación con que el Abogado antes citado decía actuar, se solicitó tal acreditación por escrito de 15 noviembre 2013 que, notificado al reclamante en fecha 20 noviembre 2013, tuvo como contestación otro, suscrito por el reclamante, de 13 diciembre 2013, y presentado en el Registro de la Consejería el siguiente 20 diciembre 2013, en el que indicaba que continuaba recibiendo tratamiento rehabilitador en la ciudad de Barcelona, y señalaba, como domicilio para notificaciones, el del expresado Letrado, en la ciudad de Logroño.

Segundo

Tras esas actuaciones, el reclamante no vuelve a efectuar manifestación alguna en el expediente hasta que, finalizada la instrucción, por escrito de 18 junio 2014, que le fue notificado el siguiente día 20, la Instructora le concede vista del expediente y plazo para efectuar alegaciones.

Dentro de tal plazo, el reclamante formula escrito amplio de alegaciones, presentado el 8 julio 2014, del que hemos de resumir su contenido, variando el orden cronológico que venimos efectuando por el lógico, a fin de facilitar una lectura comprensiva de este dictamen. En estas alegaciones, de forma resumida y en cuanto a los datos más relevantes en lo que a este dictamen se refiere, el reclamante señala lo siguiente:

“PRIMERA.- ... en fecha 8 de marzo de 2013, sufrió una lesión practicando deporte en la rodilla derecha, ingresando en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*. El paciente refiere haber sufrido un *“giro brusco en varo, notando un chasquido y, posteriormente, dolor intenso e imposibilidad para la extensión de la rodilla, así como sensación de inestabilidad en la misma”*. Después de practicarle la exploración de la extremidad afectada y de realizarle una prueba radiológica, le diagnostican *“posible esguince grado II LCP rodilla derecha”* y, como tratamiento, le realizan una inmovilización con férula

inguinopédica. El paciente recibe el alta con la recomendación de *“no apoyar y deambular con la ayuda de muletas”*, prescribiéndole Ibuprofeno 600 mg. cada 8 horas e indicándole acudir a las consultas externas de Traumatología para ver su evolución en 7 días de manera preferente. El diagnóstico fue realizado sin apoyarse en una simple ecografía o una más completa resonancia nuclear magnética, para descartar la posibilidad de otras lesiones... A pesar de la inmovilización de la extremidad inferior derecha del paciente, no se le prescribió trombopprofilaxis alguna.

SEGUNDA.- En fecha 14 de marzo de 2013, es decir, seis días después, ingresa nuevamente en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, afectado de una hemiparesia izquierda ...realizada una analítica y un TAC craneal, pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos, con la siguiente impresión clínica: *“accidente cerebral vascular (ACV) isquémico-código ictus”*...practicadas las pruebas radiológicas y el TAC, se inicia su tratamiento y se emite el siguiente juicio clínico, suscrito por los Dres. M. A. C. y D. Á. C. S.: *ictus isquémico hemisferio derecho; fibrinólisis*.

El día siguiente, 14 de marzo, se le practica un nuevo TAC, en el que se observa: *“hipodensidad en territorio de los ganglios basales derechos y lóbulo temporal derecho, que expresa edema citotóxico por isquemia aguda; efecto-masa con colapso parcial del asta frontal derecha; no existen signos de transformación hemorrágica o sangrado; línea media centrada”*; apreciando, tras las primeras 24 horas de evolución, *“una discreta mejoría de la movilidad en pierna izquierda y persiste la parálisis del brazo izquierdo”*.

En fecha, 18 de marzo de 2013, practicados al paciente un estudio ecocardiografico transtorácico, un test de burbujas y un ecocardiograma transofágico, la Dra. E. S. S. emite el siguiente diagnóstico: *“aneurisma del septo interauricular; foramen oval permeable”*.

El día 17 de marzo, se le había practicado también una angio-RM intracraneal, con resultados *“dentro de los límites de la normalidad, ...sin imágenes sugestivas de trombosis”*. También se le practicaron unos doppler venosos (18/03/2013) en ambos miembros inferiores, con resultado normal, pero con una salvedad: *“... sin poder visualizar la poplítea y los troncos tibio-peronéos derechos por tener una férula posterior en dicho miembro”*. Igualmente, se le practicó un doppler de troncos supra-aórticos, en el que se aprecia *“un eje carotideo permeable, sin apreciarse placas ateromatosas ni engrosamiento mio-intimal”*. Las arterias vertebrales eran permeables, resultándole al Dr. R. V. reseñable la braquicardia observada en el paciente, con picos sistólicas elevados, por lo que recomendaba descartar patología de origen cardíaco.

TERCERA.- Toda vez que (el paciente) permanecía pendiente de ser revisada su rodilla derecha como consecuencia del accidente sufrido el día 8 de marzo de 2013 y descrito en el Hecho Primero ..., se le practica una resonancia nuclear magnética, en fecha 25 de marzo, informada por el Dr. D. A. C., quien emite el siguiente juicio clínico: *“lesión del aparato extensor, que afecta tanto al retináculo patelar medial (es el alerón rotuliano interno), como al tendón del cuádriceps y al tendón patelar (o tendón rotuliano), con cuerpos calcificados y osificados, derrame y edema/hematoma; alteraciones que sugieren una rotura de la periferia del cuerno posterior del menisco interno; condromalacia rotuliana difusa, grado III – IV”*.

En fecha 12 de abril de 2013, cuando los Facultativos consideraron (que) ... se encontraba ya en

condiciones de ser operado, se procedió, por parte del Dr. F. R. D., a practicarle la sutura quirúrgica del tendón rotuliano”.

Sobre la lesión en la rodilla, nada vuelve a indicar, pasando a referir las incidencias del ictus cerebral, indicando se le efectúan controles mediante TAC craneales de control en fecha 25 marzo y 9 abril 2013, tras lo cual añade:

“**CUARTA**.-... finalmente, en el realizado el día 26 de abril, se aprecia su evolución hacia la porencefalia residual, sin efecto masa ni atrofia focal. Ese mismo día, el paciente recibió el alta hospitalaria, prescribiéndole tratamiento farmacológico con Sintrom (según pauta del Servicio de Hematología) con Lactulosa, Efferalgan y Deprax.

QUINTA.- Comenzó su rehabilitación y, ante la escasez de avances, en fecha 25 de julio de 2013, el Dr. Á. M. G. con la finalidad de solicitar consulta en un Centro de Rehabilitación Intensiva, como la C. G. de Barcelona, informa que “...*ha mejorado algo la fuerza en extremidades izquierdas: superior, a 2/5 la flexión, y 0/5 la extensión articular; inferior, a 3/5, pero puede mantenerse en pie con apoyo y dar algunos pasos muy inseguro; necesita ayuda para desplazarse, vestirse, para la alimentación y la bebida, para las tareas de higiene y el uso del retrete ... Se trata de un paciente previamente activo y deportista y ahora muy invalidado. Cree que la rehabilitación hecha hasta ahora no le proporciona todo el beneficio que sería posible con un tratamiento más intensivo en un Centro especializado*”.

El día 21 de octubre de 2013, (el paciente) ingresa en el I. G., indicando en los antecedentes que el paciente había sufrido “... *rotura del tendón rotuliano derecho el 8 de marzo del 2013, al caer al suelo mientras jugaba al fútbol. Inicialmente, fue tratado de forma conservada con inmovilización en extensión del miembro afecto, sin heparina profiláctica. Tras seis días de inmovilización, es cuando sucede el ictus*”. El paciente fue dado de alta hospitalaria en el I. G. en fecha 21 de diciembre de 2013.

Ya en Logroño, el día 30 de enero de 2014, el Dr. A. M. G. informa que “*persiste paresia intensa de la extremidad superior izquierda (proximal, 2/5 la flexión; y 0/5, la extensión articular; distal 0/5, extensión y flexión); puede andar apoyado en bastón y con férula antiequino; espasticidad; necesita ayuda en las tareas de auto cuidado...; tratado con Metilfenidato 5 mg/día, por inquietud y falta atención*”.

En fecha 21 de junio del 2013, la Dirección General de Servicios Sociales reconoce (al paciente) un grado de discapacidad del 70%. El 28 de enero de 2014, el Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del INSS le reconoce la calificación de *Incapacidad permanente en el grado de absoluta*, consecuencia del accidente cerebral vascular isquémico sufrido el 14 de marzo de 2013, por presentar “*secuelas de hemiplejía izquierda, paresia de la extremidad superior izquierda y facial izquierda inferior; actualmente marcha con férula antiequino y muleta; intervención quirúrgica (en abril-13, por rotura del tendón rotuliano*”.

Tercero

Expuesta esa situación cronológico-médica, el escrito de alegaciones procede a examinar lo que considera la causa de la situación padecida por el reclamante, indicando que:

“**SEXTA.-** La responsabilidad patrimonial ... tiene por causa, en primer lugar, un **error diagnóstico**, respecto de la lesión sufrida por (el paciente) en fecha 8 de marzo de 2013 y que motiva su ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, al haber sufrido *“un giro brusco en varo, notando un chasquido y, posteriormente, dolor intenso e imposibilidad para la extensión de la rodilla, así como sensación de inestabilidad en la misma”*. La exploración clínica que se le practicó evidencia la presencia de edema en la región prerrotuliana, dolor a la hiperextensión y, al forzar el varo, cajón posterior positivo y varo forzado positivo, informándose de una movilidad pasiva conservada. En apoyo de la referida exploración clínica, se le practicó, como única prueba complementaria diagnóstica, un estudio radiológico simple, en el que se apreció, al parecer, unas calcificaciones en el tendón rotuliano, sin existir imágenes de patología ósea.

Vuelve a reiterar el diagnóstico, con qué pruebas se efectuó, y cuáles no se utilizaron, así como el tratamiento prescrito, mencionado en la alegación “PRIMERA”, así como que no se le prescribió trombo-profilaxis; y continúa añadiendo que:

“Al paciente no se le realiza una RNM de la rodilla lesionada hasta el día 23 de marzo de 2013, cuando ya estaba ingresado en la UCI del Hospital San Pedro. En dicha resonancia, informada por el Dr. A. C., se llegaba a las siguientes conclusiones: i) lesión del aparato extensor, que afecta tanto al retináculo patelar medial (es el alerón rotuliano interno), como al tendón del cuádriceps y al tendón patelar (o tendón rotuliano), con cuerpos calcificados y osificados, derrame y edema/hematoma; ii) alteraciones que sugieren una rotura de la periferia del cuerno posterior del menisco interno; iii) condromalacia rotuliana difusa, grado III-IV.

*Como consecuencia del error diagnóstico, se produce un ulterior **error en el tratamiento**, pues lo indicado, en este caso, no es la inmovilización, sino la intervención quirúrgica de urgencia de la rodilla lesionada, para la sutura de las lesiones tendinosas informadas y la correcta exploración de la misma. Así se procedió cuando fue posible intervenir al paciente en fecha 12/04/2013. A mayor abundamiento, en el historial clínico, que se le recogió (al paciente) en la fecha de su ingreso el día 8 de marzo de 2013, se obvió toda la historia familiar de parientes de primera línea que habían fallecido o sufrido graves enfermedades cardiovasculares o relacionadas con alteraciones graves de la coagulación. Esta circunstancia, unida a la edad del paciente, estaba indicada la administración profiláctica de hemoglobina de bajo peso molecular”.*

Acompaña informe pericial, emitido por el Dr. J. L. C., del que el reclamante recoge las siguientes conclusiones:

“Es un paciente diagnosticado de ictus isquémico por infarto en el territorio de la cerebral media derecha, de origen embólico, en paciente con aneurisma del septo interauricular y foramen oval

permeable. En la actualidad, paciente muy invalidado.

La embolización paradójica requiere, para que se produzca, la existencia de un trombo venoso, como se pone de manifiesto por los diferentes trabajos revisados. Este proceso se potencia más cuando se acompaña por una injuria traumática, mayor o menor, de miembros inferiores y que se acompaña de tratamiento por inmovilización por medio de una férula de escayola, favoreciendo de manera significativa la formación de trombosis profunda venosa “in situ”. Tanto los casos de pacientes diagnosticados de FOP (foramen oval permeable), como los no diagnosticados en estas condiciones, deben ser sometidos a la estrategia de la prevención tromboembólica. Todos los estudiosos recomiendan la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en estas situaciones, con heparina de bajo peso molecular (HBPM), con dosificaciones medias o altas, según acompañen factores de riesgo cuando, como en el caso que nos ocupa, hay precedentes de enfermedad tromboembólica familiar.

En conclusión, todos los pacientes sometidos a una inmovilización por traumatismo en extremidades inferiores y, dado que la enfermedad tromboembólica es una complicación muy común en estas patologías, deben ser sometidos a una estrategia de prevención de la enfermedad tromboembólica, estrategia que no se llevó a cabo en el paciente de este informe”.

Cuarto

A continuación, la reclamación pasa a describir la situación personal y familiar en que se encuentra el reclamante con motivo de las dolencias padecidas, especificando, a continuación, lo siguiente:

“SÉPTIMA.- ... (El paciente) tiene una esposa y dos hijas, la mayor de 26 años que vive en Madrid”; por lo que concluye que no puede ayudar a su padre, ni a su madre en el cuidado de este; y sigue añadiendo que: “la menor, tiene 15 años, va a cursar Primer Curso de Bachillerato. A consecuencia de la situación de su padre, con quién convive, ha sufrido un claro bajón en su rendimiento escolar, afectada psicológicamente por la situación. Su mujer...tiene que dedicarse, prácticamente por completo, al cuidado y auxilio de su marido, sin contar con ayuda de enfermeras, asistentes sociales o cuidadoras (a excepción de la ayuda que le presta sus hijas (la mayor, cuando se desplaza a Logroño), su cuñada, que reside en Barcelona, y una ayuda domiciliaria municipal, que le prestaron el primer mes después del alta, de una hora diaria. (El paciente) necesita ayuda para levantarse de la cama, vestirse, ponerse la férula, asearse, comer, no puede conducir, no puede viajar solo en autobús (le es imposible bajar los escalones), no puede bajar escaleras, no puede bajar aceras (si no existe rampa). Ha de tenerse en cuenta en este punto, que (el paciente) padecía, ya con anterioridad a este episodio, una importante discapacidad en su miembro superior derecho, derivada de un accidente de trabajo, por lo que la hemiparesia izquierda tiene consecuencias aún más graves, al poder hacer solo un uso muy limitado de la otra extremidad superior”.

En justificación de las manifestaciones precedentes, referidas a las carencias del reclamante, acompaña, y a él se remite, informe emitido por la Dra. Sara Laxe Garcia, del

Instituto *Guttmann*, en fecha 13 de junio de 2014. Y, en cuanto a la situación creada en el entorno del reclamante, sigue añadiendo que:

“OCTAVA.- El domicilio familiar, dada la situación (del paciente), debe ser objeto de reforma para adecuarlo al paso de la silla de ruedas y las nuevas necesidades del paciente...”.

NOVENA.- Que, una vez dado de alta, (el paciente) ha sido examinado por (el Dr.) V. F. T., Médico Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica y en Valoración del daño corporal”.

Este último informe acompaña a su escrito de alegaciones, y del mismo, interrumpiendo el relato del contenido de la reclamación, se ha de especificar que contiene las siguientes *consideraciones medico-legales*:

“En primer lugar, se produce un **error diagnóstico** con respecto al que se emite en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* de Logroño el día 8 de marzo de 2013, fecha en la que el paciente acude al citado Servicio, tras haber sufrido un *“giro brusco en varo, notando un chasquido y, posteriormente, dolor intenso e imposibilidad para la extensión de la rodilla, así como sensación de inestabilidad en la misma”*. La exploración clínica que se le practicó ponía de manifiesto la presencia de edema en la región prerrotuliana, dolor a la hiperextensión y, al forzar el varo, cajón posterior positivo y varo forzado positivo, informándose de una movilidad pasiva conservada.

Se le practicó, como toda prueba complementaria diagnóstica, un estudio radiológico simple, en el que se apreciaron, al parecer, unas calcificaciones en el tendón rotuliano, sin existir imágenes de patología ósea. Como diagnóstico, se emite el siguiente: *“posible esguince, grado II, LCP rodilla derecha”*. Se le inmoviliza con una férula inguinopédica y se le ordena no apoyar el miembro en el suelo, y deambular con ayuda de muletas.

Al paciente, no se le realizó una resonancia nuclear magnética de la rodilla lesionada hasta el día 23 de marzo del 2013, cuando ya se encontraba ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital *San Pedro* de Logroño. En dicha resonancia nuclear magnética, se llegaba a las siguientes **conclusiones diagnósticas**: *“i) lesión del aparato extensor, que afecta tanto al retináculo patelar medial (es el alerón rotuliano interno) como al tendón del cuádriceps y al tendón patelar (es el tendón rotuliano), con cuerpos calcificados y osificados, derrame y edema/hematoma; ii) alteraciones que sugieren una rotura de la periferia del cuerno posterior del menisco interno; iii) condromalacia rotuliana difusa, grado III-IV”*.

Como consecuencia del error diagnóstico, se produce también un **error en el tratamiento**, ya que, como he esbozado en el apartado anterior, estos hallazgos eran indicación de una intervención quirúrgica de urgencia de la rodilla, para realizar una correcta exploración de la misma y proceder a la sutura de las lesiones tendinosas informadas, como ocurrió posteriormente cuando fue posible intervenir al paciente el día 12 de abril de 2013.

Por último, en el historial clínico que se le recogió al paciente en la anamnesis, se obvió toda una historia familiar de fallecidos o parientes de primera línea que han sufrido graves enfermedades cardiovasculares o relacionadas con alteraciones graves de coagulación, por lo que, a mi entender, en el

presente caso, teniendo en consideración, además, la edad del enfermo, la administración profiláctica del HBPM estaba totalmente indicada en cualquier caso, conforme a una correcta praxis médica.

Es muy probable que, de haberse hecho esta profilaxis, no se hubiera producido la gravísima complicación que ha quedado relatada en los apartados anteriores del presente informe, y que ha condicionado de una forma permanente la vida de este paciente”.

Quinto

Tras esas consideraciones médicas, el informe pericial del Dr. F. efectúa una valoración de los conceptos indemnizables que [siguiendo al efecto lo recogido en el Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por RD-Leg. 8/2004, de 29 octubre, por el que se establece un «*Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*»] conduce a fijar la cuantía reclamada en la suma total de 416.246,92 euros, aplicando los módulos económicos para el año 2014, con arreglo al siguiente desglose:

“1. Por la incapacidad temporal; 103 días de hospitalización, a razón de 71,84 euros (Tabla V-A), un total de siete mil trescientos noventa nueve euros y cincuenta y dos céntimos (7.399,52 euros).

2. Por la incapacidad temporal; 184 improductivos, a razón de 58,41 euros y euros (Tabla V-A), un total de diez mil setecientos cuarenta y siete euros y cuarenta y cuatro centimos (10.747,44 euros).

3. Por las secuelas reconocidas; 67 puntos, a razón de 2.120,56 euros (Tabla III); un total de ciento cuarenta y dos mil setenta y siete euros y cincuenta y dos céntimos (142.077,52 euros).

A las cantidades relacionadas en estos tres primeros apartados les son de aplicación el factor de corrección contemplado en las Tablas IV y V, consistente en el aumento de un diez por ciento de dichas cantidades, por cuando la víctima se encontraba en edad laboral y percibía ingresos derivados de dicha actividad (pensión por incapacidad permanente total para su ocupación o actividad habitual), por lo que debe ser indemnizado: por los días de hospitalización, en ocho mil ciento treinta y nueve euros y cuarenta y siete céntimos (8.139,47 euros); por los días improductivos, en la cantidad de once mil ochocientos veintidós euros y dieciocho céntimos (11.822,18 euros); y, por las lesiones permanentes o secuelas reconocidas, en la cantidad de ciento cincuenta y seis mil doscientos ochenta y cinco euros y veintisiete céntimos (156.285,27 euros).

4. Por la incapacidad permanente absoluta de la víctima (Tabla IV); cien mil euros (130.000,00 euros), dada la severa limitación funcional que sufre y el reconocimiento de una discapacidad del 70% (306.246,92 euros).

5. Por los perjuicios morales de los familiares próximos al incapacitado, en atención a la sustancial alteración de la vida y convivencia derivada de los cuidados y atención continuada (Tabla IV); cien mil (100.000,00 euros).

6. *Por la adecuación de la vivienda (Tabla IV); diez mil euros (10.000,00 euros)*”.

Sexto

La Instructora del procedimiento dirigió solicitud a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, de 29 octubre 2013, solicitando remisión de los antecedentes que existiesen y datos e informes de interés en relación con la asistencia sanitaria prestada al reclamante en el Servicio de Urgencias; copia de la historia clínica de la asistencia reclamada exclusivamente; e informe de los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada y la situación, a fecha de esa solicitud, del paciente.

Dicha solicitud fue cumplimentada con fecha 1 abril 2014. Además de la historia clínica, se acompañaban informes de los Dres. D. A. C. S., de la Unidad de Medicina Intensiva; D. F. M. R.D., del Servicio de Traumatología; D. R. E. O. D., del Servicio de Urgencias; D. Á. M. G. del Servicio de Neurología; D^a S. C. L., del Servicio de Urgencias y de D^a B. M. D., quien atendió al reclamante en el Servicio de Urgencias (Área de Traumatología), en fecha 8 marzo 2013, primera visita a tal Servicio que efectuó el reclamante de las que relata en su reclamación, como más adelante se verá.

Séptimo

La Instructora, por escrito de 6 febrero 2014, solicitó a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia informe, a elaborar por el Médico inspector que correspondiese, el cual, emitido el 8 mayo 2014, le fue remitido por escrito del siguiente día 9. En dicho informe, como relevante a efecto del presente dictamen, y en el apartado “*consideraciones médicas*”, se indica que:

“(El) ictus es una entidad clínica que engloba varios procesos patológicos que, como característica común y determinante, tiene la disminución de la circulación sanguínea a nivel cerebral de forma brusca, con las correspondientes consecuencias a nivel neurológico, ... dando lugar a una clínica variada tanto en intensidad de los síntomas como en la persistencia de los mismos. Los factores predisponentes a sufrir este tipo de proceso son: edad, HTA (hipertensión arterial), diabetes mellitus, fibrilación auricular o similar, arterioesclerosis, tabaco, alcohol, hipercolesterolemia, sobrepeso, sedentarismo.

El ictus isquémico es el que ocurre por taponamiento de una arteria, impidiendo la circulación sanguínea a ese nivel. Es significativamente el más frecuente y, en el 40% de los casos, son criptogénicos (de causa desconocida).

El ictus isquémico paradójico viene condicionado por el paso del coágulo de sangre causante de la isquemia en muchos casos y que se forma a distancia de la zona afectada (émbolo), desde el sistema venoso al sistema arterial. Esta circunstancia puede darse al través del FOP (foramen oval permeable): el embolo pasaría, desde el sistema venoso, a la circulación sistémica, pudiendo llegar al cerebro, de manera que las consecuencias clínicas se modifican sustancialmente. El principal riesgo de la embolización simple es la embolia pulmonar, en el caso de una comunicación del sistema venoso con el arterial, el embolo puede llegar a cerebro, produciendo ictus o accidente cerebrovascular, con las consiguientes complicaciones.

El **foramen oval** es una apertura natural que permite el paso, durante la vida fetal, de la sangre oxigenada de aurícula dcha. a aurícula izq., de forma que oxígeno y nutrientes que llegan de la madre a través de la placenta y vena umbilical puedan llegar al cerebro y resto de órganos fetales. Con los cambios en la circulación que se producen en el momento del nacimiento, el aumento de presión en aurícula izq. favorece su cierre progresivo. En algunas personas, no se produce este cierre, permaneciendo abierto tras el nacimiento, lo que se conoce como **foramen oval permeable (FOP)**. La persistencia del FOP en adultos es un hallazgo común, aproximadamente un 25% de prevalencia en la población general. En la mayoría de los casos, es un hallazgo casual sin repercusiones clínicas. Sin embargo, se ha señalado la posible relación del FOP con cuadros clínicos, como accidentes cerebro vasculares embólicos, embolia gaseosa de buceadores, migrañas... La asociación entre FOP e infarto cerebral criptogénico sigue siendo controvertida, pues hay estudios con resultados contradictorios...

El FOP puede ir asociado, en un 33% de los casos, a la presencia de **aneurisma del septo interauricular (ASI)**, que se da cuando parte o la totalidad del septo interauricular presenta una dilatación que protruye en la aurícula dcha. o aurícula izq. durante el ciclo respiratorio... Con cada latido del corazón o cuando una persona con esta alteración crea presión dentro de su pecho -toser, estornudar,...- el defecto se puede abrir, y la sangre puede fluir, en cualquier dirección, directamente entre aurícula dcha. y aurícula izq. Cuando la sangre se mueve en ese sentido, evita el sistema de filtro de los pulmones (donde se podrían disolver los coágulos de sangre pequeños), pudiendo llegar al cerebro ... con las consecuencias que ya conocemos.

En cuanto a la **profilaxis del tromboembolismo venoso (TEV)** en pacientes con traumatismos de miembros inferiores en tratamiento conservador (inmovilización, reposo, sin cirugía), es probablemente uno de los puntos más controvertidos en la discusión de la **enfermedad tromboembólica venosa (ETVE)**, debido a que no existe suficiente evidencia. Las diferentes Guías consultadas "aconsejan" la profilaxis mediante **HBPM (heparina de bajo peso molecular)** y siempre en función de otros factores de riesgo ... Por otro lado, como es sabido, el uso de heparina no está exento de riesgos (sangrado, trombocitopenia, lesiones dérmicas,...), por lo que hay que considerar siempre el balance riesgo/beneficio.

Una Guía, como la ACCP (A. C. o. C. P., C. 2008) cita, como factor de riesgo para ETEV, la fractura inespecífica de extremidad inferior o pélvica, y recomienda la profilaxis; pero especifica que: "los pacientes con lesiones aisladas por debajo de la rodilla no deberían requerir de forma sistemática tromboprofilaxis y habría que valorar la existencia de otros factores de riesgo que justificaran su uso". Por lo tanto, no recomienda el uso sistemático de profilaxis tromboembólica. La actualización de 2012 de la GPC del A. C. o. C. P. recomienda que "no" se administre profilaxis en paciente con lesión aislada del miembro inferior que requiere inmovilización. (Hay que) tener presente, en el caso que nos ocupa, que la producción de trombos/embolos en las extremidades inferiores se asocia con riesgo de embolismo

pulmonar, pero no de ictus.

Creemos importante aclarar también el tipo de prestación que el Servicio de Urgencias debe dar al usuario. La atención en Urgencias es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata (riesgo vital); la evaluación inicial e inmediata para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. En el resto de patologías..., se realiza una primera valoración para conseguir... un diagnóstico de aproximación que determine los pasos iniciales a seguir y que establezcan el cuadro para evitar que el proceso evolucione o se complique; pero la realización de exploraciones complementarias que faciliten diagnóstico de certeza y la aplicación del tratamiento que corresponde a dicho diagnóstico, deben llevarse a cabo en los diferentes Servicios (Neurología, Traumatología, ...). Tanto en el Servicio de Urgencias como en el resto de Servicios médicos, aunque la atención médica sea dispensada por un MIR (Médico residente), su labor y decisiones terapéuticas están supervisadas por un Médico adjunto de dicho Servicio.

*En base a los hechos reflejados y a los datos obtenidos de la bibliografía consultada, que se resumen en el apartado anterior, se desprenden las siguientes **conclusiones**:*

1ª.- La atención recibida por el paciente en el Servicio de Urgencias el 08.03.13, tras sufrir traumatismo rodilla derecha, responde a lo establecido como principios de actuación de dicho Servicio, teniendo siempre presente la gravedad y complicación de los casos; el paciente puede ser recibido por un MIR (Médico residente) con la supervisión de un Médico adjunto del Servicio. En este concreto caso, se apoya en la información facilitada por el Dr. R. E. O. D., Médico adjunto (del Servicio) de Urgencias –folio 20 del expediente, últº párr.-, en su escrito de 23 diciembre 2013, en el que expresamente señala que: “El paciente fue atendido por el Médico residente Sandra Colina Lizuain (MIR) y supervisado por mí (R. O. D.), Médico adjunto (del Servicio) de Urgencias”. En dicho Servicio..., si no existe riesgo vital, se derivan a los Servicios correspondientes, con diagnóstico de aproximación. La confirmación del diagnóstico puede requerir exploraciones complementarias, que no se realizan en el Servicio de Urgencias (salvo riesgo vital). En el caso de lesiones traumáticas..., es aconsejable un período inicial de reposo previo a la valoración exhaustiva, por la existencia, normalmente, de un componente inflamatorio que puede desvirtuar la exploración, magnificar la sintomatología y conducir a impresiones erróneas. Este tipo de patologías, aun resultando dolorosas y limitantes, no comprometen la vida del paciente.

2ª.- En cuanto a la ausencia de prevención de enfermedad tromboembólica venosa en traumatismos de extremidades inferiores, las Guías y Protocolos consultados hablan de "aconsejable", nunca de obligatoriedad y siempre teniendo en cuenta factores de riesgo presentes en el paciente que en este caso no existían. En las últimas revisiones de las publicaciones, como A. C. o. C. P., incluso la desaconsejan, valorando el riesgo/beneficio de dichas terapias.

3ª.- En cuanto a la aparición posterior de ictus, es de reseñar que: i) el riesgo/complicación de la enfermedad tromboembólica venosa es la presentación de embolia pulmonar; ii) existe ecodoppler de extremidades inferiores, sin hallazgos significativos; y iii) la existencia de foramen oval permeable y aneurisma del septo interauricular, pueden, en sí mismos, ser causa de la formación de trombos y

justificar, que un coágulo, sea cual sea su origen, alcance sistema arterial, pudiendo llegar a cerebro.

Por lo expuesto, y pese a que las complicaciones sufridas por el paciente son importantes y con graves consecuencias, “no se puede concluir que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta y que no se haya actuado conforme a la lex artis”.

Octavo

Asimismo, la Instructora puso en conocimiento de la Aseguradora del SERIS la existencia de la reclamación, con remisión de la documentación facilitada por la Dirección del Área de Salud de La Rioja, constando en el expediente acuse de recibo de la documentación de fecha 29 octubre 2013. Esta Aseguradora encomendó informe pericial al Dr. P. M. G.-P. A., Licenciado en Medicina y Cirugía, y Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Del mismo, hemos de reseñar, como más destacable, el examen que efectúa sobre la primera de las cuestiones que se consideran fundamento de la responsabilidad patrimonial reclamada: el error de diagnóstico en la atención prestada en el Servicio de Urgencias el 8 marzo 2013, con motivo de la lesión padecida en la rodilla derecha, respecto del cual establece, bajo el título ***“descripción de la praxis aplicable al caso”***, lo siguiente, en cuanto a las **roturas del tendón rotuliano**:

“El tendón rotuliano, o patelar...podemos considerarlo como la parte final del aparato extensor de la rodilla, constituido por el músculo cuádriceps, el tendón cuadricipital y la rótula. ... siendo una estructura fundamental para mantenernos de pie frente a la gravedad, e imprescindible para caminar, correr y saltar, ya que no existe ningún otro tendón que efectúe la extensión de la rodilla. Cuando el tendón rotuliano se rompe, lo hace frecuentemente de forma completa y brusca. Lo más frecuente es que el paciente note un dolor fuerte y agudo, con impotencia funcional total inmediata. A veces, se puede oír el desgarrar del tendón. Muchos de los deportistas que sufren esta grave lesión no tenían molestias en el tendón previamente.

*La mayoría son deportistas de “fin de semana” o esporádicos, que no realizan un programa de fortalecimiento y estiramientos, que previene en cierto modo esta patología. Es una lesión poco frecuente, pero suele verse en fútbol, baloncesto, balonmano, tenis, pádel o saltos...se ha evidenciado degeneración del tejido del tendón como factor fundamental que favorece la lesión, siendo el término para denominar esta degeneración tendinosis. Un Traumatólogo con experiencia puede diagnosticar la rotura simplemente con la historia que relata el paciente y la exploración física, donde suele notarse un **ascenso de la rótula**. Aun así, se hace rutinariamente una radiografía (donde dicho ascenso es evidente) y ecografía o RM para conocer con precisión los detalles de la lesión. El tratamiento quirúrgico es el más satisfactorio. En caso de pacientes con muchos riesgos que contraindiquen la cirugía, el tratamiento consiste en la inmovilización en extensión de la rodilla (unas 6 semanas) y posterior rehabilitación. La gran mayoría de los pacientes son tratados quirúrgicamente, siendo la reparación abierta la técnica que ofrece unos mejores resultados de cara a la vuelta al nivel previo de actividad...”*

A continuación, realiza una exposición médica sobre el **foramen oval permeable**

(FOP), el **aneurisma del septum interauricular (ASI)**, y la **profilaxis tromboémbolica**, coincidente, en sus líneas generales, con lo expuesto por el informe de la Inspección médica, ya citado, y que por tal motivo, y por cuanto más adelante ha de ser –junto con los otros informes periciales- objeto de un examen más detallado, excusamos de recoger aquí; tras lo cual, efectúa las siguientes **conclusiones medico-periciales**:

1.- (El paciente), de 52 años de edad, sufrió una lesión deportiva en su rodilla derecha el día 08/03/2013, acudiendo de urgencia al H. San Millán-San Pedro, donde, tras el diagnóstico de esguince de LCP, le inmovilizaron con una férula de escayola, prohibiéndole el apoyo de ese pie y citándole a revisión a la semana con Traumatología.

2.- A los seis días, presentó un cuadro de ictus, con hemiplejia izquierda, por lo que fue ingresado en el referido hospital durante un mes (del 15/03 al 16/04) para el correspondiente tratamiento por (el Servicio de) Neurología. Durante su permanencia en el hospital, fue visto por (el Servicio de) Traumatología, diagnosticando una rotura del tendón rotuliano, que precisó tratamiento quirúrgico, efectuado tan pronto como se pudo, una vez superado el problema neurológico.

3.- El paciente era portador desconocido de una malformación cardiaca que la mayoría de los estudios relacionan con los accidentes cerebrovasculares (ictus), entre otras patologías, como era un FOP. Sin esta circunstancia, jamás hubiera podido presentar el ictus.

4.- Aunque el diagnóstico real (rotura del tendón rotuliano) no fue hecho en (el Servicio de) Urgencias, esto no influyó para que se presentara el ictus, (ni) solo el hecho de colocar una inmovilización durante unos pocos días fue suficiente para que se formara un trombo que daría lugar al ictus. Esta situación es extraordinaria tratándose de un paciente relativamente joven y deportista. Por estos mismos motivos, en este caso y de acuerdo con la mayoría de los Protocolos al respecto, no era obligado realizar profilaxis antitrombótica, ya que no existían factores de riesgo (conocidos).

5.- Aunque el diagnóstico real no fue hecho de entrada, estoy convencido de que este hecho no favoreció el cuadro de ictus, basándome en que, de haberse diagnosticado de inicio la rotura del tendón rotuliano, probablemente se habría programado la intervención dentro de los días siguientes (al no tratarse de una cirugía urgente), durante los cuales se habría mantenido al paciente inmovilizado con una férula de escayola -mismo tratamiento que se hizo en (el Servicio de) Urgencias-, por lo que el ictus lo podía haber sufrido de igual forma. Paralelamente, es muy difícil saber si, con profilaxis mediante heparina, no hubiera ocurrido lo mismo, ya que, como ha quedado dicho, su eficacia es tan solo del 50%... ”.

Noveno

Completados los trámites referidos, con fecha 29 septiembre 2014, la Instructora elaboró la Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación por no ser

imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Recibida la Propuesta de resolución antedicha por la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud, ésta solicitó a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la misma Consejería el preceptivo informe, el cual se llevó a cabo con fecha 13 octubre 2014, en sentido conforme con la Propuesta de resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 17 de octubre de 2014, y registrado de entrada en este Consejo el 17 de octubre de 2014, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 20 de octubre de 2014, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad de dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una Propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11, g), de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción hoy vigente, fija la preceptividad del dictamen cuando la cuantía reclamada sea igual o superior a 50.000 euros. Siendo, en este caso, la reclamación de 416.246,92 euros, nuestro dictamen es preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del artículo 12.2 del citado RD 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC).

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la LPAC, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del RD 429/1993, de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (por todos, D.20/13), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4º.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijera este Consejo Consultivo, entre otros, en su dictamen D.3/07, “...*la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demanda: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo...*”.

Este Consejo ha venido recogiendo, en sus dictámenes, los requisitos para que se produzca la responsabilidad patrimonial sanitaria establecidos por los Tribunales de Justicia, en las Sentencias dictadas sobre dicha materia, de las que constituye exposición, clara, y ampliamente fundada, la de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior Justicia de La Rioja, de 15 mayo 2013 (Rec. núm. 31/2012; Ponente, Ilmo. Sr. D. Jesús Miguel Escanilla Pallás), al establecer que:

“La acción jurídica de exigencia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas se corresponde con el ejercicio del derecho conferido a los ciudadanos por el artículo 106.2 de la

Constitución para verse resarcidos de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor.

En el momento de dictado de la Resolución administrativa que ahora se sujeta a control jurisdiccional, el régimen de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas aparece regulado en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y 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.

*Una nutrida jurisprudencia (reiterada en las SSTS -3ª- 29 de enero, 10 de febrero y 9 de marzo de 1998) ha definido los requisitos de éxito de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración en torno a las siguientes **proposiciones**:*

A) La acreditación de la realidad del resultado dañoso –“en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de persona”-;

B) La antijuridicidad de la lesión producida, por no concurrir en la persona afectada el deber jurídico de soportar el perjuicio patrimonial producido. La antijuridicidad opera como presupuesto de la imputación del daño. El criterio se recoge, por todas, en la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000, al interpretar que: “El título de atribución concurre, así, cuando se aprecia que el sujeto perjudicado no tenía el deber jurídico de soportar el daño (hoy la Ley de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común plasma normativamente este requisito al establecer en su artículo 141.1 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 (...))”. Así puede ocurrir, entre otros supuestos, cuando se aprecia que la actividad administrativa genera un riesgo o un sacrificio especial para una persona o un grupo de personas cuyas consecuencias dañosas no deben ser soportadas por los perjudicados, o cuando del ordenamiento se infiere la existencia de un mandato que impone la asunción de las consecuencias perjudiciales o negativas de la actividad realizada por parte de quien la lleva a cabo”.

C) La imputabilidad a la Administración demandada de la actividad causante del daño o perjuicio. Lo que supone la existencia de un nexo de causalidad entre la actividad administrativa y el perjuicio padecido. La Sala Tercera del Tribunal Supremo tiene declarado, desde la Sentencia de 27 de octubre de 1998 (recurso de apelación núm. 7269/1992), que el examen de la relación de causalidad inherente a todo caso de responsabilidad extracontractual debe tomar en consideración que:

a) Entre las diversas concepciones con arreglo a las cuales la causalidad puede concebirse, se imponen aquellas que explican el daño por la concurrencia objetiva de factores cuya inexistencia, en hipótesis, hubiera evitado aquél.

b) No son admisibles, en consecuencia, otras perspectivas tendentes a asociar el nexo de causalidad con el factor eficiente, preponderante, socialmente adecuado o exclusivo para producir el resultado dañoso, puesto que, válidas como son en otros terrenos, iría en éste en contra del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones

públicas.

c) La consideración de hechos que puedan determinar la ruptura del nexo de causalidad, a su vez, debe reservarse para aquellos que comportan fuerza mayor, única circunstancia admitida por la ley con efecto excluyente, a los cuales importa la gravísima negligencia de ésta, siempre que estas circunstancias hayan sido determinantes de la existencia de la lesión y de la consiguiente obligación de soportarla.

d) Finalmente, el carácter objetivo de la responsabilidad impone que la prueba de la concurrencia de acontecimientos de fuerza mayor o circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficiente para considerar roto el nexo de causalidad corresponda a la Administración, pues no sería objetiva aquella responsabilidad que exigiese demostrar que la Administración que causó el daño procedió con negligencia, ni aquella cuyo reconocimiento estuviera condicionado a probar que quién padeció el perjuicio actuó con prudencia. El Tribunal Supremo, en Sentencia de fecha 18 de octubre de 2001, define la lex artis como “la técnica, el procedimiento o el saber de una profesión”. Este es un criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico, que toma en consideración tanto las técnicas habituales, la complejidad y la trascendencia vital de la enfermedad o la patología, así como factores exógeno o endógenos propios de la enfermedad.

D) La salvedad exonerante en los supuestos de fuerza mayor. A este efecto, es doctrina jurisprudencial constante la recogida por la Sala Tercera del Tribunal Supremo en la sentencia de 31 de mayo de 1999, la que establece que fuerza mayor y caso fortuito son unidades jurídicas diferentes.

a) En el caso fortuito, hay indeterminación e interioridad; indeterminación porque la causa productora del daño es desconocida (o por decirlo con palabras de la doctrina francesa: “falta de servicio que se ignora”): interioridad, además, del evento en relación con la organización en cuyo seno se produjo el daño, y ello porque está directamente conectado al funcionamiento mismo de la organización. En este sentido, entre otras, la STS de 11 de diciembre de 1974: “evento interno intrínseco, inscrito en el funcionamiento de los servicios públicos, producido por la misma naturaleza, por la misma consistencia de sus elementos, con causa desconocida”.

b) En la fuerza mayor, en cambio, hay determinación irresistible y exterioridad; indeterminación absolutamente irresistible, en primer lugar, es decir aún en el supuesto de que hubiera podido ser prevista; exterioridad, en segundo lugar, lo que es tanto como decir que la causa productora de la lesión ha de ser ajena al servicio y al riesgo que le es propio. En este sentido, por ejemplo, la STS de 23 de mayo de 1986. “Aquellos hechos que, aun siendo previsibles, sean, sin embargo, inevitables, insuperables e irresistibles, siempre que la causa que los motive sea extraña e independiente del sujeto obligado”. En análogo sentido: STS de 19 de abril de 1997 (apelación 1075/1992).

E) La sujeción del ejercicio del derecho al requisito temporal de que la reclamación se cause antes del transcurso del año desde el hecho motivador de la responsabilidad.

Criterios de distribución de la carga de la prueba. Guarda, también, una evidente importancia la

identificación de los criterios de aplicación a estos supuestos de los principios generales de distribución de la carga de la prueba. Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo... de Código civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (“Semper necesitas probando incumbit illi qui agit”) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega (“el incumbit probatio qui dicit non qui negat”) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (“notoria non egent probatione”) y los hechos negativos (“negatia non sunt probanda”) En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de setiembre de 1997, 21 de setiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3º) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”.

Tercero

La inexistencia de un título de imputación del daño a la Administración en el presente caso

Funda el reclamante su solicitud de reparación del daño en considerar que el erróneo diagnóstico y, como consecuencia de ello, el defectuoso tratamiento establecido para su cura, con motivo de la lesión en la rodilla de que fue tratado en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, fueron los causantes de la aparición, a los 6 días de esta, del ictus isquémico que afectó al paciente.

Y, en primer lugar, [pese al encomiable esfuerzo que el informe pericial del Dr. F. efectúa en la exposición (amplia, bien documentada y necesaria para comprender todo el proceso) sobre las funciones de los ligamentos cruzados posteriores, la forma de detectar sus lesiones y sus medios y técnicas de cura, de ser esta posible, e iguales consideraciones sobre los tendones del aparato extensor de la rodilla], del examen conjunto de todo lo actuado en el expediente, se deduce un error en el diagnóstico efectuado al reclamante, al estimarle –en la

atención prestada en el Servicio de Urgencias, el 8 marzo 2013-, un *“posible esguince, grado II, ligamento cruzado posterior rodilla derecha”*, que (posteriormente, en fecha 25 marzo 2013, y tras la presencia del ictus isquémico el día 14 marzo 2013) se verifica que se trataba, en realidad, de una *“lesión del aparato extensor que afecta tanto al retinaculo patelar medial (es decir, interno), con el tendón del cuádriceps y el tendón patelar (sinónimo de tendón rotuliano), con cuerpos calcificados y osificados, derrame y edema/hematoma”*. También se deduce dicho error de la intervención quirúrgica practicada, en fecha 12 abril 2013, mediante sutura del tendón rotuliano. Pero también se deduce que ese error inicial de diagnóstico, en si mismo, no influye en la aparición del ictus cerebral, como se pone de relieve por los siguientes datos:

1. Tanto los peritos emisores de informe a petición del reclamante como los que lo han aportado a solicitud de la Instructora y de la Aseguradora del SERIS, nada mencionan con respecto a las consecuencias de que, en lugar de tratarse de un esguince del ligamento la lesión consistiera en una rotura del tendón rotuliano. Todos los informes están dirigidos a analizar la **no inclusión**, en el tratamiento efectuado de manera inmediata en la cura de urgencias (tras recomendarle *“...no apoyar [la pierna] y deambular con ayuda de muletas”* e inmovilizarle la extremidad inferior derecha mediante férula inguinopédica) **de la prescripción de medidas para la prevención de enfermedad tromboembólica**, es decir, a analizar la **no administración** al paciente **de heparina** de bajo peso molecular (HBPM).

Es decir, que tanto se hubiese realizado en el Servicio de Urgencias, el 8 marzo 2013, el diagnóstico correcto o el incorrecto, cual acaeció, este hecho concreto para nada incidió en la consecuencia posterior: la aparición del ictus isquémico. La cuestión determinante, y que ha de ser objeto de examen, se centra en si, por la no prescripción de tratamiento de heparina tras esa cura inicial y las medidas adoptadas, pudo producirse esa lesión posterior acaecida a los 6 días.

2. No se deben dejar de mencionar las precisiones (que se han de aceptar con carácter orientativo, no determinante) efectuadas en el informe de la Inspección médica en cuanto a la asistencia que se ha de prestar en el Servicio de Urgencias a los pacientes que no presenten riesgo vital. En las patologías que no comprometen la vida del paciente, se realiza *“...un diagnóstico de aproximación que determine los pasos iniciales a seguir y estabilicen el cuadro para evitar que el proceso evolucione o se complique...”*, efectuando una remisión al Servicio correspondiente. En el informe de Asistencia en Urgencias, del 8 marzo 2013, expresamente se indica que *“.....Acudirá a consultas externas de Traumatología para ver evolución en 7 días de manera preferente.....”*. Hay, además, constancia de que la asistencia médica prestada por una Médico residente fue debidamente supervisada por un Médico

adjunto de Urgencias, y, por último, la presencia de un edema/hematoma en la zona corporal lesionada dificulta la realización de otras pruebas más exactas que las que se le realizaron.

3. Por último, ninguno de los informes periciales obrantes en el expediente ponen de relieve o hacen mención a que la intervención quirúrgica que se le practicó al reclamante, una vez corregido el error de diagnóstico, el 12 abril 2013, y consistente en la sutura del tendón, no hubiera obtenido un resultado satisfactorio, ni que, a consecuencia del error de diagnóstico o del retraso en la detección de la exacta lesión -ocasionado por fuerza mayor ante la aparición del ictus isquémico-, esa lesión no fuese tratada adecuadamente, no produciéndose una correcta recuperación. La única mención sobre este aspecto concreto la efectúa el informe de la Inspección médica, precisando que la sutura quirúrgica del tendón se llevó a cabo sin complicaciones, y que *“en los controles efectuados con posterioridad, se confirma evolución satisfactoria, precisando tratamiento rehabilitador para la recuperación completa de la funcionalidad, sin incidencias”*.

En definitiva, no existe relación de causalidad entre el diagnóstico incorrecto efectuado en la asistencia prestada el 8 marzo 2013, y el ictus aparecido el 14 marzo 2013.

Cuarto

Análisis de los informes periciales

Por lo indicado, el fundamento de la reclamación se centra en determinar si las medidas adoptadas tras esa primera atención en el Servicio de Urgencias, referentes a su lesión en la extremidad inferior derecha [consistentes en: i) *inmovilización de la extremidad inferior derecha con férula inguinopédica*; ii) *no apoyar y deambular con ayuda de muletas*; ii) *acudir a consultas externas en Traumatología para ver evolución en 7 días de manera preferente*], exigían la administración de heparina de bajo peso molecular para la prevención de enfermedad tromboembólica venosa, provocando, su falta de prescripción, el ictus que afectó al paciente.

También en este concreto aspecto hemos de tomar en consideración y examinar los correctos y ampliamente documentados informes periciales obrantes en el expediente; los de los Dres. L. y F., aportados por el reclamante [elaborados ambos en fecha anterior al 18 junio 2014, en que se le concede plazo de examen del expediente, momento en que, como se ha dejado señalado, efectúa la reclamación de forma amplia, con aportación de documentación, y fijando la evaluación económica del daño], y los del Dr. García-Polo, aportado por la

Aseguradora del SERIS, y de la Inspección médica, aportado a solicitud de la Instructora del expediente.

La situación que presentan dichos informes es perpleja pues, mientras los dos primeros concluyen con la necesidad -según la *lex artis*- de la prescripción y administración de heparina, y consideran la ausencia de ello como la causa que degeneró en la formación del trombo que causó el ictus desencadenante de la situación actual del reclamante; los otros estiman que no existía razón para tal actuar, e imputan la causa de la producción del ictus al foramen oval permeable (FOP) y al aneurisma del septo interauricular (ASI) que presentaba previamente el paciente. Por ello, han de examinarse, detenida y comparativamente, todos ellos:

1. El informe del Dr. L., fechado el 31 marzo 2014, efectúa una exposición, amplia y documentada, sobre criterios médicos respecto de: i) la enfermedad tromboembólica venosa en la inmovilización por accidente traumático y su profilaxis; y ii) el ictus isquémico secundario a embolismo paradójico.

-En cuanto a este concreto aspecto, hace referencia, de manera principal, a varios exámenes prospectivos efectuados a grupos de pacientes, así, pe., indica que, en un estudio:

“...253 pacientes fueron randomizados en un ensayo prospectivo. Todos los pacientes habían padecido un proceso traumático en extremidades inferiores y fueron sometidos a una inmovilización con férula de escayola. 126 pacientes (grupo 1) recibieron una inyección subcutánea de heparina de bajo peso molecular diariamente y 127 pacientes (grupo 2) no recibieron trombopprofilax. En el grupo sin profilaxis, un 16,6 por ciento desarrollaron una trombosis venosa profunda y, en el grupo con profilaxis, desarrollaron una trombosis el 4,8 por ciento. Estos autores recomiendan trombopprofilaxis con heparina en todos los pacientes sometidos a una inmovilización con férula de escayola....”. Termina concluyendo que “en general, los autores indican que la trombopprofilaxis con[heparina]....debe ser considerada en pacientes adultos con inmovilización de las extremidades, tanto en las lesiones distales como en las proximales de las piernas...”.

Pero es conveniente resaltar ya que, además de que -como el propio perito indica-, también se produce la enfermedad tromboembólica entre los pacientes a quienes se les efectuó la profilaxis -cierto que en menor porcentaje-, en ningún momento nos indica que esos pacientes presentaran otros factores importantes para ocasionar esa enfermedad tromboembólica venosa, como son el foramen oval permeable (FOP) y el aneurisma del septo interauricular (ASI), que aquejaban al reclamante.

-En cuanto al ictus isquémico, efectúa, entre otras, las siguientes manifestaciones:

“.....Cohnheim describe la asociación del FOP con el ictus en una mujer joven con embolismo arterial cerebral; el término “embolia paradójica” fue acuñado por Zahn en 1885 para describir aquellas situaciones en las que un trombo generado en sistema venoso alcanza el árbol arterial a través de una comunicación anómala derecha-izquierda (Foramen Oval)...El paso de material embólico venoso a la circulación arterial a través de una comunicación intracardiaca con cortocircuito derecha-izquierda es conocido como embolismo paradójico, mecanismo que ha sido invocado como causa de embolia cerebral. Sin embargo, la etiología tromboembólica de un accidente cerebrovascular queda sin identificar en muchas ocasiones, considerándolos como ictus criptogénicos. No obstante, entre este grupo no identificados, la causa más común del embolismo paradójico es la persistencia de FOP...La mayor frecuencia del ictus se halla en pacientes mayores de 40 años de edad y son varios los estudios que hallan la asociación del ictus con la permanencia del FOP en pacientes por encima de los 50 años...Uno de los factores de riesgo es la persistencia de la permeabilidad del foramen oval, que es causa de diferentes patologías ... entre las cuales, la de ser causa del embolismo paradójico cerebral...”.

Es decir, que, en ese examen que efectúa del ictus isquémico, continuamente lo relaciona con el foramen oval permeable (FOP). Pero sucede que **el FOP no produce síntomas en sí mismo**, o, en palabras más exactas usadas en el informe de la Inspección médica, *“...en la mayoría de los casos, es un hallazgo casual, sin repercusiones clínicas...”*. Y, en esto, podemos decir que coinciden todos los informes: dos de ellos, mencionándolo de forma “ligera” o no efectuando indicación alguna al respecto; y, los otros dos, mencionándolo expresamente. Constituye, además, un criterio de gran unanimidad en la literatura médica técnica.

2. El informe pericial del Dr. F. contiene una amplia información sobre el error de diagnóstico producido en la atención prestada en el Servicio de Urgencias por la lesión de rodilla –el 8 marzo 2013-, y sobre funciones, diagnóstico de su lesión y tratamiento de la rotura del tendón del aparato extensor de la rodilla, como dolencia exacta que afectaba al reclamante.

Ya hemos señalado que ese error no presenta incidencia alguna en la lesión posterior acaecida, y a lo anteriormente consignado nos remitimos.

En cuanto a la adopción de medidas preventivas del tromboembolismo venoso (la prescripción de administración de heparina), es más parco, si bien hace referencia y remisión al informe del Dr. L. Hace mención a estudios, protocolos y ensayos clínicos sobre el uso de

tromboprofilaxis en pacientes con inmovilización de miembros inferiores, y a cómo, los autores de esos estudios *“...concluyen que las HBPM deben de ser consideradas en pacientes con inmovilización de los miembros inferiores para prevenir el tromboembolismo venoso; no sólo en pacientes con escayolas por encima de la rodilla, sino también en pacientes con escayola por debajo de misma...”*.

Y, en el examen de este concreto aspecto, finaliza señalando que:

“No obstante, la importancia de la profilaxis, puede resultar también evidente al leer otro artículo, en esta ocasión de la Revista de la Sociedad Aragonesa de Cardiología publicado por los Dres. C. B. M., R. O. N., e I. L., del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, con respecto al foramen oval. Estos autores señalan en la citada publicación, que: “...en pacientes con tromboembolismo pulmonar y foramen oval permeable, existe un riesgo de muerte por embolia sistémica cinco veces mayor. La incidencia de embolismo paradójico en estos pacientes se ha estimado en torno al 60%...””.

Hemos de reiterar lo dicho anteriormente: los estudios que recoge no hacen referencia a si tienen en consideración la existencia del foramen oval permeable; cuando se menciona su existencia, se le considera el principal causante del tromboembolismo; y, no se hace referencia alguna al carácter “oculto” del foramen.

3. El informe de la Inspección médica, efectúa un primer examen de los estudios médicos referente a la profilaxis del tromboembolismo venoso, especificando que:

“en cuanto a la profilaxis del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes con traumatismos de miembros inferiores en tratamiento conservados (inmovilización, reposo, sin cirugía) es, probablemente, uno de los puntos más controvertidos en la discusión de la enfermedad tromboembólica venosa (ETVE), debido a que no existe suficiente evidencia. Las diferentes Guías consultadas “aconsejan” la profilaxis mediante HBPM (heparina de bajo peso molecular) y siempre en función de otros factores de riesgo, como edad, obesidad, existencia de varices, embarazo, antecedentes previos TEV.....Por otro lado, como es sabido, el uso de heparina no está exento de riesgos (sangrado, trombocitopenia, lesiones dérmicas...) por lo que hay que considerar siempre el balance riesgo/beneficio...””.

Precisamente en este concreto criterio (el de que la prescripción de administración de heparina en pacientes con inmovilización constituye una cuestión muy controvertida), se ha de señalar que el perito Dr. F. también participa de esa opinión, ya que, en su informe, al citar un artículo publicado en el volumen 20, nº 9 del año 2012 por Osakidetza, a través del Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco, incluido en INFAC (*Información Farmacoterapéutica de la Comarca*), expresamente recoge lo allí dicho respecto a que:

“...El uso de tromboprofilaxis en pacientes con inmovilización de miembros inferiores con vendajes, escayolas u ortesis es probablemente uno de los puntos más controvertidos en la discusión sobre la prevención de la ETV, debido a que no existe suficiente evidencia”.

Más extenso en la descripción y examen del foramen oval permeable (FOP), se muestra este informe de la Inspección médica que venimos examinando. Comienza explicando en qué consiste esta patología:

“...el foramen oval es una apertura natural que permite el paso, durante la vida fetal, de la sangre oxigenada de aurícula dcha. a aurícula izq., de forma que oxígeno y nutrientes que llegan de la madre a través de la placenta y vena umbilical puedan llegar al cerebro y resto de órganos fetales. Con los cambios en la circulación que se producen en el momento del nacimiento, el aumento de presión en aurícula izq. favorece su cierre progresivo. En algunas personas no se produce este cierre, permaneciendo abierto tras el nacimiento, lo que se conoce como foramen oval permeable...”.

Expuesto lo anterior señala la relación entre el FOP y el ictus:

“...El ictus isquémico paradójico viene condicionado por el paso del coágulo de sangre causante de la isquemia en muchos casos y que se forma a distancia de la zona afectada (émbolo), desde el sistema venoso al sistema arterial. Esta circunstancia puede darse a través del FOP (foramen oval permeable): el émbolo pasaría desde el sistema venoso a la circulación sistémica pudiendo llegar al cerebro, de manera que las consecuencias clínicas se modifican sustancialmente. El principal riesgo de la embolización simple es la embolia pulmonar, en el caso de una comunicación del sistema venoso con el arterial, el émbolo puede llegar al cerebro produciendo ictus o accidente cerebrovascular con las consiguientes complicaciones...”.

Continúa, el informe de Inspección, poniendo en relación el foramen oval permeable (FOP) con el aneurisma del septo interauricular (ASI), indicando que:

“El FOP puede ir asociado, en un 33% de los casos, a la presencia de aneurisma del septo interauricular (ASI) que se da cuando parte o la totalidad del septo interauricular presenta una dilatación que protruye en la aurícula dcha. o aurícula izq. durante el ciclo respiratorio. Con cada latido del corazón o cuando una persona con esta alteración crea presión dentro de su pecho –toser, estornudar, ...- el defecto se puede abrir, y la sangre puede fluir en cualquier dirección directamente entre aurícula dcha. y aurícula izq. Cuando la sangre se mueve en ese sentido, evita el sistema de filtro de los pulmones (donde se podrían disolver los coágulos de sangre pequeños) pudiendo llegar al cerebro u otros órganos...”.

Concluyendo, en la forma que hemos indicado precedentemente en el examen del Dr. L., que **el foramen oval no produce síntomas en sí mismo**, o, en palabras más exactas de este informe de la Inspección médica, que: *“...en la mayoría de los casos, es un hallazgo*

casual, sin repercusiones clínicas... ”.

4. Por último, el **informe pericial del Dr. G.-P.**, elaborado a instancia de la Cía. Aseguradora del SERIS, tras efectuar un somero análisis de las roturas del tendón rotuliano, o patelar, examina y explica: i) el foramen oval permeable; ii) el aneurisma del septo interauricular; y, iii) la profilaxis tromboembólica. Con respecto a las dos primeras dolencias, es coincidente con el elaborado por la Inspección médica, por lo que excusamos recoger lo que, sobre ellas, señala. Con respecto al tercer punto, es más explícito y extenso, coincidiendo con el de la Inspección médica y con el del Dr. F., en el carácter discutible en cuanto a la prescripción de la administración de heparina en las inmovilizaciones de extremidad inferior, incluyendo especificaciones que, sobre el tema, efectúan varios Hospitales. Así, recogiendo el Protocolo establecido por el Hospital *Marqués de Valdecilla* respecto de esta concreta cuestión, menciona que éste indica lo siguiente:

“-Estratificación del riesgo. La enfermedad tromboembólica venosa (ETC) es una enfermedad aguda, originada por la conjunción de múltiples causas que confluyen en un momento determinado de un paciente. Normalmente, existe una causa desencadenante, evidente o no, que se suma a una combinación de factores, más o menos permanente, que predisponen al sujeto a padecer un tromboembolismo venoso (TEV).

-Profilaxis en pacientes no quirúrgicos. Los pacientes con patología médica, especialmente si tienen factores de riesgo (insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, encamamiento, etc...), tienen un riesgo elevado de desarrollar trombosis venosa profunda, que oscila entre el 15 y el 50%. De ellas, aproximadamente un tercio afectan a las venas proximales de las extremidades inferiores. Sin tratamiento, en torno a la mitad de estas últimas se complican con tromboembolismo pulmonar...”.

Y, recogiendo opiniones de los Dres. A. M., C. P., y otros, del Hospital Clínico de *San Carlos*, en un trabajo sobre el tema en pacientes no quirúrgicos, indica que efectúan, como conclusiones, las siguientes:

“...Las recomendaciones del ACCP (Consensus Conference of Antithrombotic Therapy) actualmente vigentes se realizaron para grupos de pacientes hospitalizados, para los que, en general, el beneficio de la profilaxis antitrombótica supera al riesgo. Es fundamental identificar los grupos de pacientes con mayor riesgo de TEV (pacientes con riesgo moderado y alto) y administrar profilaxis de forma rutinaria. En los pacientes no quirúrgicos con bajo riesgo de TEC, no se recomienda profilaxis antitrombótica rutinaria, sino movimientos pasivos, medias elásticas de compresión gradual y deambulación temprana,

si se trata de pacientes inmovilizados... ”.

Tras lo cual, establece y delimita la situación del reclamante indicando, además de otras cuestiones, que:

“...de una forma totalmente oculta y asintomática, el paciente presentaba unas malformaciones cardíacas, como eran un aneurisma del septum interauricular (la pared que separa ambas aurículas del corazón) y un foramen oval permeable (es decir, una comunicación directa entre ambas aurículas), que fueron los condicionantes para que presentara el cuadro del ictus. Sin estas alteraciones previas (en especial el FOP), nunca lo habría padecido, ya que el trombo circulante, originado en alguna vena de la pierna, no habría podido pasar directamente a la circulación mayor sin pasar antes por el circuito pulmonar, y de aquí al cerebro, ocasionando el ictus. La existencia del FOP era imposible conocerla de antemano y más aún sin referir el paciente antecedentes que pudieran orientar esta sospecha...”

Quinto

Recapitulación final

De todo lo expuesto, hemos de concluir lo siguiente:

1. El error de diagnóstico producido al estimar como un posible esguince del ligamento cruzado posterior de la rodilla derecha, lo que, posteriormente, se reveló que era una rotura del tendón rotuliano, no puede considerarse un daño susceptible de indemnización, al haberse rectificado, con resultado satisfactorio, en cuanto fue posible, mediante una intervención durante el transcurso temporal del ictus isquémico sufrido luego por el paciente.

2. La circunstancia de que, tras la inmovilización de la extremidad inferior derecha mediante la colocación de férula inguino-pédica, no le fuese prescrita al reclamante una profilaxis trombo-embólica venosa, constituye una actitud terapéutica muy debatida en la doctrina y práctica científico-médica pues, mientras diversos estudios se decantan por aplicarla con carácter general, existen también otras opiniones especializadas que se inclinan por descartarla cuando, en un caso concreto, existan factores de riesgo que la desaconsejen. Esto significa que el consenso científico al respecto consiste en la necesidad de evaluar si, en cada paciente concreto, concurren o no factores de riesgo que desaconsejen, en el primer caso, o que aconsejen, en el segundo, la aplicación de la referida profilaxis trombo-embólica. En otras palabras, dicha evaluación previa de la situación y riesgos de cada paciente forma parte de *la lex artis ad hoc* de cada caso concreto, en orden a determinar si procede o no la aplicación al mismo de la referida profilaxis.

3. A partir de ahí, lo cierto es que, en el presente caso, no consta que tales posibles riesgos le fuesen valorados al paciente en la primera de las atenciones sanitarias que se le efectuaron en el Servicio de Urgencias. A este efecto, estimamos que no puede aceptarse como excusa para no haber realizado tal evaluación de riesgos las características perentorias y provisionales de la atención sanitaria que presta dicho Servicio, ya que la evaluación de tales riesgos podía haberse evacuado, al menos de forma elemental, antes de adoptar, en dicho Servicio de Urgencias, la opción terapéutica de no aplicarle una profilaxis trombo-embólica. En todo caso, incumbía a la Administración sanitaria la carga de la prueba de que tal valoración de riesgos del paciente tuvo lugar, prueba que no se ha efectuado en el expediente.

4. Por tanto, este Consejo estima que, en este caso, se ha incurrido en una infracción de la *lex artis ad hoc* consistente en no haber realizado un examen, aunque fuere elemental, de si tales factores de riesgo (antecedentes familiares, patologías cardiacas, etc) concurrían o no en el paciente. Es de resaltar, a estos efectos, que lo que estimamos como mala praxis, no es tanto la no aplicación a este concreto paciente de una profilaxis trombo-embólica (ya que es una terapia que científicamente no resulta aconsejable en todos los casos y que, por tanto, quizá pudiera ser desaconsejable en éste), cuanto la no valoración médica de los riesgos que podían concurrir en este concreto reclamante en orden a una fundada adopción del acto médico consistente en aplicarle o no dicha profilaxis. En efecto, en este caso, se optó médicamente por no aplicarle esta profilaxis, pero sin que la Administración sanitaria haya probado el haberle previamente efectuado una valoración de riesgos que, siquiera fuera elemental, hubiera sido necesaria para valorar tales riesgos y fundamentar en tal valoración la decisión terapéutica adoptada. En estas circunstancias, es obvio que esta mala praxis se ha traducido en una eventual pérdida de oportunidad terapéutica para el paciente, ya que no puede venirse en conocimiento de si el ictus posterior que padeció (aunque, muy probablemente, por otras causas) hubiera podido evitarse, paliarse o retrasarse si tal profilaxis se le hubiera aplicado tempranamente.

5. Esto dicho, son innegables dos factores, anteriores, asintomáticos y de elevado riesgo para la producción de ictus, que presentaba este paciente: un foramen oval permeable (FOP) y un aneurisma del septo interauricular (ASI). En efecto, como han explicado los informes periciales obrantes en el expediente, el FOP constituye una anomalía que incentiva el ictus, al posibilitar el paso de sangre, desde la aurícula derecha a la aurícula izquierda, sin que la misma pase por los pulmones, impidiendo así la función de filtro que éstos realizan al disolver los pequeños coágulos que la sangre pueda presentar. Por su parte, el ASI coadyuva igualmente a la producción del ictus, ya que se produce cuando parte o la totalidad del septo interauricular presenta una dilatación que influye en las aurículas derecha o izquierda durante el ciclo respiratorio, de suerte que, con cada latido del corazón o cuando una persona con esta

alteración crea presión dentro de su pecho (como sucede, p.e, al toser o estornudar), el defecto se puede agrandar, y la sangre puede fluir en cualquier dirección, directamente entre las aurículas derecha e izquierda. Por tanto, este Consejo reconoce que la presencia conjunta de ambas patologías (FOP y ASI), unida a los antecedentes familiares, constituye un factor de riesgo muy importante en la causación del ictus y que tales factores no son debidos, en forma alguna, al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, sino exclusivamente a la idiosincrasia o configuración patológica previa del propio paciente.

6. En consecuencia, este Consejo entiende que, en el presente caso, se ha producido un concurso de causas que explican la producción del daño: i) por un lado, la idiosincrasia del propio paciente que presentaba la existencia de FOP y ASI como dos factores de riesgo, previos, asintomáticos y muy relevantes, en la producción del ictus, unidos a los antecedentes familiares; y ii) por otro, aunque ciertamente con carácter de menor relevancia, la falta de una valoración previa de los riesgos del paciente, que la *lex artis ad hoc* exigía para fundamentar adecuadamente la decisión terapéutica adoptada, consistente en no aplicarle una profilaxis anti-trombótica mediante la administración de heparina.

7. Obviamente y como hemos señalado antes, la concausa en que la idiosincrasia previa del paciente consiste no puede ser imputada al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios; pero sí la mala praxis consistente en no haber comprobado y valorado la existencia de factores de riesgo que recomendasen la decisión de no administrar heparina al paciente.

8. En suma, este Consejo, a la vista del conjunto de circunstancias concurrentes en el caso, valorando prudencialmente y en su conjunto las pruebas practicadas en el expediente, y entendiendo que las dos patologías previas del paciente (FOP y ASI) constituyen elementos muy relevantes y de una mayor incidencia en la producción del ictus que luego se produjo al reclamante y de la situación en que actualmente se encuentra, pero ponderando igualmente, aunque en un grado menor, la mala praxis antes referida, que es imputable a la Administración sanitaria, estima ha de considerarse, en este caso, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien minorando la valoración e indemnización del daño reclamado a la suma de 40.000 euros.

CONCLUSIONES

Única

Existe, en concurso con la idiosincrasia del paciente, relación de causalidad entre el funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios y el daño ocasionado, por lo que procede estimar parcialmente la reclamación formulada e indemnizar al reclamante con la cantidad de cuarenta mil (40.000) euros, que debe pagársele en efectivo con cargo a la partida presupuestaria que corresponda.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero