



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **370/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de diciembre de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 28 de julio de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **305/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 19 de diciembre de 2013 x presenta ante el Servicio de Atención al Usuario del Hospital *Morales Meseguer*, de Murcia, una solicitud de indemnización en un escrito normalizado para la presentación de sugerencias, reclamaciones o agradecimientos, que se fundamenta en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En dicho escrito explica la reclamante que siempre tuvo los pies cavos pero que hacía cinco años que comenzó a sentir un dolor agudo en los metatarsianos de ambos pies, que provocaba que apoyara mal el pie y que le producía dolor en los tobillos. Para paliar esa molestia utilizó plantillas ortopédicas, pero manifiesta que no mejoraron su situación. También expone que con el transcurso del tiempo desapareció el dolor en el pie derecho pero que se agudizó en el izquierdo.

La interesada relata asimismo que unos años antes había acudido al especialista del centro médico de *El Carmen*, donde le realizaron unas radiografías en las que no se observó más que presentaba pies cavos. Diez meses antes de formular la reclamación volvió a dicho centro sanitario y el especialista la remitió a la Unidad del Pie del Hospital antes mencionado.

En ese servicio le realizaron radiografías y el Doctor x, asistido por su equipo, encontró un punto álgido de dolor cuando hizo la exploración y le propuso que se sometiera, en ese mismo momento, a un infiltrado. La peticionaria explica que la intervención la realizó una sanitaria en prácticas que formaba parte del equipo de ese profesional y que sufrió un fuerte dolor. Añade que continuó con ese padecimiento en su domicilio y que además sentía adormecidos el primer y el segundo dedos del pie izquierdo.

Debido a que seguía sufriendo un intenso dolor, le hicieron nuevas plantillas por indicación del facultativo mencionado, pero explica que con ellas tampoco experimentó ninguna mejoría. Más adelante volvió al centro médico de *El Carmen* y, cuando examinó el pie, el especialista comprobó que la yema del segundo dedo no tenía buen aspecto y le prescribió un tratamiento de corticoides mediante inyecciones y pastillas. A la vista de la evolución negativa que experimentaba el pie, que iba cambiando de color, el especialista la remitió al Doctor x, del Hospital *Morales Meseguer*, aunque le dieron cita tres meses después.

Como el dedo del pie seguía cada día peor y sufría un fortísimo dolor, acudió a la consulta privada del Doctor x, que después de examinarlo le dijo que el dedo se estaba muriendo y concluyó que habría que amputarlo cuando dejara de fluir por él la sangre. También explica que, aunque la siguió atendiendo en el Hospital *Morales Meseguer*, no le ofrecía ninguna solución a su problema que no pasara por realizarle una amputación.

Asimismo relata que después de muchos padecimientos visitó a otros especialistas, como neurólogos, un médico especialista en dolor, varios especialistas cardiovasculares, un reumatólogo e incluso a unos traumatólogos del referido hospital, pero que nadie le llegó a ofrecer una respuesta ni una solución precisa. De hecho, se expuso a diversos tratamientos que resultaron muy dolorosos y le llegaron incluso a realizar varios vaciados del pie. De igual modo, la reclamante detalla las numerosas situaciones de ansiedad y angustia que ha experimentado y que le han dificultado enormemente el normal desenvolvimiento de su vida, y señala que una parte del dedo está experimentando una cierta mejoría desde el mes de septiembre de 2013. Por último, solicita que se le compense por el daño que se le ha producido.

Junto con la reclamación, adjunta varias fotografías acreditativas del estado en que se encontraba el pie necrosado.

SEGUNDO.- Dicha reclamación es remitida por la Gerencia del Área de Salud VI-Vega Media del Segura al Servicio consultante el 12 de febrero de 2014, acompañada de una copia de la historia clínica de la paciente que obra en el centro hospitalario mencionado, a la que se adiciona la parte de la que se dispone en soporte informático, y otra copia de la historia clínica de atención primaria (Centro de Salud de *El Ranero*).

De igual modo, se adjunta el informe suscrito por el Doctor x el día 7 de febrero de 2014, en el que se manifiesta lo que sigue:

"... Paciente valorada el 20 de noviembre de 2012 en consultas externas de traumatología por dolor en pie izquierdo. Dolor de larga evolución. Peor el dolor con la bipedestación prolongada. Dolor a nivel de 2º espacio intermetatarsiano, y metatarsalgia de 2º radio con hiperqueratosis de 2º rocker. Refiere "rampazos" irradiados a 2º y 3º dedos. En podoscopio se observa pies cavos grado I.

Pruebas complementarias.

Radiografías de pies: pies cavos. Primer radio con index plus/minus.

Diagnóstico principal.

Pies cavos.

Pie izquierdo: Neuroma de Morton de 2º espacio intermetatarsiano. Metatarsalgia de 2º radio.

Plan terapéutico.

Para la metatarsalgia se recomienda iniciar tratamiento con plantilla de apoyo retrocapital.

Para la clínica de neuroma de Morton se realiza el día de consulta 20-11-2012 infiltración en segundo espacio intermetatarsiano, con corticoide Trigon Depot (Triancinolona acetónido) y anestésico local Scandibsa (mepivacaina hidrocloreto), según técnica habitual.

(...)

Evolución.

- El 11-12-2012 la paciente refiere que el alivio del dolor asociado al neuroma de Morton de 2º espacio le dura 1 semana. En dicha fecha está pendiente de utilizar la plantilla descrita.

- En valoración posterior fuera de consulta programada la paciente presenta gran dolor en 2º dedo del pie izquierdo, dedo cianótico, signos de atrofia de piel con probable proceso necrótico. A nivel plantar se observa en almohadilla metatarsal trayecto cianótico en piel hacia dicho dedo.

Explico a la paciente que no encuentro justificación anatómica del proceso de necrosis dados los detalles técnicos de la infiltración. Al segundo dedo del pie le llega sangre procedente de vasos que transcurren por el primer y segundo espacios intermetatarsianos. La sangre retorna del dedo también por venas de dichos espacios intermetatarsianos. La infiltración fue realizada no en el dedo, sino en el 2º espacio intermetatarsiano. Luego aun suponiendo lesión de los vasos del segundo espacio con la infiltración, los vasos del primer espacio siguen cumpliendo su función. Como posibilidades causales planteo reacción adversa a medicamento o enfermedad intercurrente tipo reumatológica. Pero no puedo ofrecer clara explicación al no encontrarla.

En siguientes valoraciones se observa progresión del aspecto necrótico de dicho dedo. Se informa a la paciente de la probable necesidad de amputación, estando pendiente de la evolución del proceso para determinar el nivel de amputación. En la última valoración por mi realizada, al comprimir el dedo a nivel dorsal de primera falange y soltar dicha compresión, la zona recupera color normal para en pocos segundos volver a tener aspecto cianótico, lo que hace pensar que el proceso de necrosis está pendiente de definirse para tener claro el nivel de amputación, que probablemente sea necesaria. Así lo explico a la paciente y sugiero estudiar la pieza amputada para aclarar el diagnóstico y posibles causas del proceso.

La paciente deja de asistir a consulta por lo que no puedo concluir la evolución del proceso.

En mayo de 2013 se realiza Análisis de Causa-Raíz por equipo de análisis (Dr. x) por posible problema de seguridad. No se evidencia problema de seguridad".

Por último, se adjunta el análisis de causa-raíz al que se ha hecho alusión, en el que se pone de manifiesto que no se ha evidenciado problema de seguridad alguno; que no existe una causa clara del incidente y de por qué se produjo el daño, y que por la información recogida parece tratarse de un efecto secundario del tratamiento.

Sin embargo, en el apartado del informe denominado "Puntos a aclarar en revisión de documentación y en entrevistas" se dice de modo literal:

"¿Se pudo confundir con otros posibles fármacos?"

Tras entrevista con el médico, enfermería de la consulta donde se realizó el tratamiento e inspección ocular de la misma, no se han encontrado fármacos de apariencia similar que pudieran haberse aplicado por error y puedan haber dado como efecto secundario el descrito en la paciente".

TERCERO.- Con fecha 1 de abril de 2014 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a la reclamante junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC. Asimismo, se le requiere para que concrete los medios de prueba de los que pretenda valerse y formule una evaluación económica de la reclamación.

CUARTO.- Por medio de comunicaciones de esa misma fecha de 1 de abril se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros -- con el propósito, en este último caso, de que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

QUINTO.- El órgano instructor solicita a la Dirección del Hospital *Morales Meseguer*, con fecha 6 de abril de 2014, que el Doctor x, del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, informe sobre si en dicha Unidad se les entrega a los pacientes, cuando se someten a una infiltración en el pie o en la rodilla, un documento de consentimiento informado en el que se indiquen los posibles riesgos de dicha técnica para que lo lean y lo firmen o si se les presta dicha información de manera verbal.

El día 8 de mayo de 2014 se recibe la nota interior de la Dirección del mencionado centro hospitalario con la que se adjunta el informe emitido por el facultativo citado con fecha 29 de abril. En dicho documento se pone de manifiesto que *"En relación con la técnica de "infiltración" que se utiliza en pacientes con posible neuroma de*

morton se explica a los mismos de forma verbal, en qué consiste la técnica, por qué se realiza y qué se pretende conseguir con la misma, así como las molestias más habituales asociadas a la técnica y recomendaciones al respecto".

SEXTO.- Por otra parte, obra en el expediente una diligencia en la que se deja constancia de que, con referencia al objeto de la reclamación, se abrió por error un segundo procedimiento de responsabilidad patrimonial de modo que se acuerda acumular en el primero de ellos, que es del que aquí se trata, toda la documentación existente en el segundo expediente y proceder al archivo de éste último.

Así, se puede constatar que con fecha 16 de abril de 2014 se recibió también un escrito, de 21 de marzo, de x, letrado del Ilustre Colegio de Abogados de Murcia, en el que, actuando en nombre y representación de la interesada, reitera el contenido de la reclamación inicial a la que ya se ha hecho alusión. No obstante, añade que la única solución que se le ofreció fue la de amputar el dedo, por lo que la interesada acudió al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital --, de Murcia. Allí se le diagnosticó una isquemia de segundo dedo del pie izquierdo, que se objetivó mediante eco-doppler arterial, que sugirió una obstrucción distal de la arteria interdigital (2º y 3º dedos).

Manifiesta también el representante que, desde entonces, siguió siendo tratada por dicho servicio médico, aunque finalmente terminó por perder la primera falange del segundo dedo del pie izquierdo.

Por otro lado, explica que en el mes de enero de 2014 su representada comenzó a someterse a un tratamiento psiquiátrico ya que cayó en una grave depresión.

En relación con el objeto de la reclamación, sostiene que existe una clara conexión entre el hecho que determina el perjuicio y éste mismo, y que la infiltración provocó una isquemia con necrosis del segundo dedo del pie izquierdo, que provocó la pérdida de la segunda falange. Entiende que se trató de una consecuencia que no fue advertida y que aparece claramente como un daño desproporcionado.

Reclama una indemnización a tanto alzado por todos los padecimientos sufridos y por la incapacidad total para el desempeño de sus ocupaciones habituales que cifra en trescientos cincuenta mil euros (350.000euros) y propone, además de la práctica de la prueba documental consistente en las historias clínicas de la paciente que obren en los centros públicos sanitarios a los que se ha hecho mención, la que pueda existir en el Hospital -- y en el Centro Clínico de --, de Murcia.

Por último, acompaña una copia de una escritura de apoderamiento otorgado, entre otros, a favor del letrado compareciente; varias fotografías del estado en que se encontraba la extremidad afectada, otro escrito de la reclamante en el que continúa relatando el alcance de sus padecimientos y diversa documentación clínica.

SÉPTIMO.- Una vez recabada y obtenida la autorización de la reclamante para poder solicitar la copia de las historias clínicas de la interesada, se solicita el día 11 de junio de 2014 a las Direcciones del hospital privado y a la del centro psiquiátrico mencionados que las remitan junto con los informes de los profesionales que asistieron a la reclamante.

Con fecha 3 de julio de 2014 se recibe un escrito de la Administradora-Gerente del Centro Clínico de --, de 27 de junio anterior, con el que adjunta la historia clínica de la reclamante.

De igual modo, el 9 de julio tiene entrada en el registro del Servicio consultante la comunicación del Director Gerente del Área I de Salud-Hospital *Virgen de la Arrixaca*, fechada el día 3 del mismo mes, con la que acompaña la historia clínica que obra en ese centro hospitalario y la que se contiene en el programa informático "Selene".

Asimismo, remite el informe suscrito por el Doctor x el día 2 de julio de 2014, en la que se hace constar lo que seguidamente se transcribe:

"Paciente que acude a urgencias del (sic) nuestro centro el 08/03/2014 por clínica de dolor y cianosis en 2º dedo de pie izquierdo tras la infiltración de antiinflamatorios esteroideos realizado por traumatología de zona en noviembre de 2012.

Como antecedentes de interés destacamos la hipertensión arterial y el tabaquismo activo.

A su llegada a urgencias confirmamos la presencia de cianosis y dolor referido por la paciente y realizamos cartografía con ecografía dúpler arterial para descartar patología oclusiva en territorio ilio-fémoro-poplíteo y distal que pudiera ser susceptible de tratamiento revascularizador para optimizar la situación vascular. Recomendamos la valoración por su traumatólogo de zona dado que no presenta patología oclusiva susceptible de tratamiento, las lesiones que presenta son de distribución distal, posteriormente se comprueba por otros especialistas la presencia de patología oclusiva de arteria interdigital de 2º y 3º dedo de pie izquierdo sin poder determinar si dicha lesión estaba presente antes o después de la infiltración. En cualquier caso, actuamos de manera conservadora según procede dado que no disponemos de tratamientos de revascularización para oclusiones de arterias digitales (dado el grado de oclusión y el calibre de dichos vasos), siendo el tratamiento conservador el de elección, si bien en ocasiones se asocia a fracaso del mismo".

OCTAVO.- El 15 de julio se recibe el escrito de la Directora Médica del Hospital --, del día 4 del mismo mes, con la que adjunta una copia de la documentación clínica de la reclamante que existe en ese centro hospitalario.

NOVENO.- Con fecha 21 de julio de 2014 se requiere de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial y se remite copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

DÉCIMO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, elaborado por un médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología el día 3 de octubre de 2014.

En la parte del informe dedicada a ofrecer una "Descripción de la praxis aplicable al caso" se explica que el neuroma de Morton es una patología del pie bastante frecuente y cuyo tratamiento suele terminar siendo quirúrgico, aunque inicialmente lo indicado es el tratamiento conservador, que suele consistir en el uso de plantillas, fisioterapia e infiltraciones. Con respecto a éstas últimas, se apunta que consisten en la inyección de una solución en los tejidos y que se utilizan frecuentemente como terapia mínimamente invasiva en supuestos en los que existe una patología del aparato locomotor. Añade que se trata de una técnica de eficacia demostrada y que presenta un rango de complicaciones aceptable, y que persigue aportar a nivel local una solución antiinflamatoria de una potencia suficiente como para compensar una situación previa descompensada por un traumatismo o por una sobrecarga.

De igual modo, se informa de que se suele infiltrar una combinación de un anestésico local y de un corticoide de depósito, a diferentes concentraciones y en diferentes cantidades según la zona a infiltrar, y se apunta que los efectos secundarios de este tratamiento se centran sobre todo en: a) la intolerancia o alergia a uno de los productos; b) el efecto hiperglucemiante del corticoide, y c) el efecto hipertensivo del corticoide.

Asimismo, se pone de manifiesto que todo profesional sanitario es conocedor de que al aplicar una inyección intramuscular o al realizar una infiltración debe aspirar suavemente, antes de inyectar el medicamento, para comprobar que la punta de la aguja no ha caído en el interior de un vaso, ya sea arterial o venoso. Se reconoce que eso sucede en pocas ocasiones, pero que si no se hace y el medicamento se inyecta directamente en el torrente sanguíneo pueden surgir complicaciones, siempre inmediatas, dependiendo del tipo de medicamento aplicado. Si se comprueba que entra sangre en la jeringuilla se cambiará la posición de la aguja y se repetirá el procedimiento. Esto significa que, aunque se pinche una arteria o una vena no pasará absolutamente nada o, como mucho, que aparezca un pequeño hematoma en la zona tras la punción.

En relación con las complicaciones de esta técnica, se explica que en general las infiltraciones locales de corticoides o de otros fármacos son bastante seguras, aunque no están exentas de complicaciones, entre las que destaca la artritis séptica. El resto de complicaciones son menos frecuentes y de menor importancia, se suelen dividir en las de carácter sistémico y en las locales.

Dentro de las primeras se suelen mencionar, entre otras, las reacciones vasovagales, la alergia al fármaco infiltrado, la toxicidad de los anestésicos locales, las arritmias cardíacas, hiperglucemia en diabéticos, y la alteración de respuesta inmune. Con respecto a las complicaciones locales, se han descrito, de forma inmediata, las hemorragias y los hematomas y, de forma diferida, la necrosis ósea; la rotura de ligamentos o tendones; la atrofia grasa subcutánea y las alteraciones en la pigmentación de la piel.

Se advierte además que la cortisona es una sustancia natural que no produce una respuesta alérgica. Sin embargo, se reconoce que sí que es posible ser alérgico al anestésico local empleado, lo que provoca una reacción inmediata local o general que debe ser tratada de forma urgente, ya que puede poner en peligro la vida del paciente.

En relación con la gangrena seca, señala el perito que se trata de la muerte de los tejidos no provocada por un proceso infeccioso, al menos de forma inicial. También expone que su causa es una oclusión arterial que provoca la detención del aporte sanguíneo a una zona determinada y que sus primeros síntomas consisten en un dolor sordo y en sensación de frío en la zona afectada, junto con la palidez del área en cuestión, que es generalmente la parte más distal de una extremidad inferior, como los dedos, por ejemplo.

Por último, expresa unas consideraciones anatómicas acerca de la irrigación sanguínea de los dedos. Así, expone que los dedos reciben la sangre a través de las arterias digitales, que discurren por la cara anterior de los mismos y que son dos, una en cada borde lateral. Destaca asimismo que la lesión de una sola de las arterias no es motivo suficiente para provocar la necrosis del dedo o de parte de él, ya que el riesgo que llega procedente de la arteria digital sana es suficiente para mantener vivos todos los tejidos del dedo. El problema surge cuando son las dos arterias las lesionadas, en cuyo caso, incluso aunque se haga un tratamiento correcto (cirugía vascular), existe un grave riesgo de necrosis, al menos parcial, ya que el pequeño calibre de estas arterias hace que cualquier circunstancia desfavorable las pueda obstruir.

En relación con el presente supuesto, se pone de manifiesto en esta sección del informe que la reclamante es una mujer joven, sin antecedentes conocidos de interés (salvo, tal vez, hipertensión arterial) que presentaba un pie doloroso debido a una metatarsalgia y a un neuroma de Morton.

El perito apunta que el tratamiento indicado fue totalmente correcto y que, de hecho, muchos neuromas tratados con infiltraciones se curan definitivamente y que no es necesario acudir por tanto a la cirugía.

Recuerda que tan sólo se le puso una infiltración y que no se presentó ninguna complicación inmediata. Por el contrario, recuerda que en la revisión que se le realizó a los dos meses refería que el dolor le había desaparecido durante una semana y no relataba ni objetivaba ningún otro tipo de problema en el pie ni en los dedos.

El perito insiste en el hecho de que fue cuatro meses después cuando comenzó a experimentar síntomas de alteración vascular en el segundo dedo, que evolucionó de forma lenta y progresiva, y que acabó en una necrosis parcial (de la tercera falange únicamente) a primeros del mes de abril del año siguiente, es decir, casi seis meses después de la infiltración. Por esa razón, advierte que el tiempo transcurrido es demasiado largo como para que guarde ninguna relación.

Apunta de igual forma que no están descritas en la literatura especializada casos de necrosis seca tras la realización de infiltraciones. De manera concreta informa de que todas las complicaciones y efectos secundarios encontrados después de una intensa búsqueda bibliográfica se refieren a los que se han descrito más arriba y a que ningún autor menciona ese tipo de complicación.

Por último, el perito médico apunta que en el supuesto de que en el curso de la infiltración se hubiera dañado una de las arterias digitales a ese nivel (ya que resulta imposible lesionar ambas), y que ello hubiera provocado una interrupción total del flujo por ella, lo primero es entender que no se hubiera producido ningún síntoma, ya que la otra arteria estaría indemne; y, en segundo lugar, que de haber sucedido (dedo frío, pálido, doloroso, etc.), habría sido de forma inmediata o en uno o dos días, pero nunca a los cuatro o seis meses. Por esa razón, sostiene con firmeza que la necrosis que presentó el dedo se debió a algún otro motivo que habría que investigar -como arteriopatía, placas de ateroma, espasmo vascular, vasculopatía periférica por una diabetes no diagnosticada...- pero no como consecuencia de la infiltración.

Además, en el informe se formulan las siguientes conclusiones médico-periciales:

"1.- x, de 49 años de edad, padecía una metatarsalgia y neuroma de Morton en pie izquierdo, el cual fue tratado con una infiltración el día 10/10/2012.

2.- Revisada dos meses después, no existían problemas en el pie ni en el dedo que hicieran sospechar ningún tipo de alteración vascular.

3.- A partir del cuarto mes comenzó a mostrar signos de falta de riego arterial en el dedo, para que esto ocurra tiene que estar afectadas las dos arterias digitales.

4.- Finalmente desarrolló una necrosis de la tercera falange, la cual precisó amputación quirúrgica, realizada a mediados de 2014.

5 y última:

No se aprecia relación alguna entre la infiltración realizada en el dorso del pie el día 10/10/2012 con la necrosis desarrollada cuatro meses después en el 2º dedo, la cual pudo ser debida a múltiples motivos de índole circulatorio, por lo que la praxis efectuada (...) fue correcta, desde cualquier punto de vista".

UNDÉCIMO.- Obra en el expediente un anexo al informe anteriormente referido, emitido por un médico especialista en Anatomía Patológica el día 5 de enero de 2015, en el que se pone de manifiesto que para que la relación de causalidad entre un evento y su supuesta consecuencia pueda considerarse cierta deben cumplirse todos los criterios que definen la relación causal (cronológico, anatómico, etiopatogénico, de intensidad, de evolutividad y de exclusión).

Se señala que en este caso se cumple el criterio anatómico, ya que la infiltración tuvo lugar en la misma región en la que posteriormente se desarrolló la complicación.

Sin embargo, se expresa que no se cumplen los otros criterios. Así, ni el cronológico, ya que de haber sido la infiltración la causa de la necrosis se hubiera producido de forma inmediata tras la infiltración pero nunca meses después de ella; ni el etiopatológico, ya que suponiendo que la infiltración pudiese haber afectado a una de las dos arterias digitales la irrigación habría quedado garantizada por la otra arteria y la necrosis no se hubiera podido desarrollar; ni el de intensidad, ya que la afectación de una de las dos arterias digitales no puede causar una lesión isquémica con necrosis total del dedo; ni el de evolutividad, ya que la ocurrencia de una lesión isquémica daría lugar a una evolución progresiva, lo que resulta incompatible con la normalidad de la exploración dos meses después de ocurrido el evento causal, ni, por último, el criterio de exclusión, ya que no se puede descartar que existiera una afectación vascular como causa alternativa de la necrosis.

Como consecuencia, se apunta que el fracaso de cinco de los seis criterios de causalidad permite excluir, más allá

de toda duda razonable, que la infiltración fuera la causa de la necrosis digital.

DUODÉCIMO.- Con fecha 19 de enero de 2015 se confiere a la reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes. Sin embargo, no consta que ninguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

DECIMOTERCERO.- El día 11 de julio de 2015 se formula la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 28 de julio de 2015.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el artículo 142.3 LPAC y con el artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde a la reclamante, dado que es la persona que sufre los daños por los que solicita indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos de su competencia.

II. Según determina el artículo 142.5 LPAC, 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 la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente supuesto, la reclamante interpuso una reclamación inicial el día 19 de diciembre de 2013 por la asistencia que se le dispensó en el mes de noviembre del año anterior. Sin embargo, lo cierto es que la interesada se siguió sometiendo a controles y curas posteriores, hasta que el día 10 de febrero de 2014 (aunque en la propuesta de resolución dice "diciembre") se anotó por el médico de familia en la historia clínica de su centro de salud que la paciente "ha perdido última falange del 2º dedo..." (Folio 29 del expediente administrativo).

De esa forma, se debe considerar que las consecuencias del daño se habrían materializado en un momento muy próximo a aquella fecha, de manera que la reclamación se habría interpuesto dentro del plazo de un año legalmente establecido.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

De manera particular, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen tanto en los informes que han emitido los facultativos que asistieron al reclamante como en el informe médico pericial que remitió la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud y en el anexo que se hizo llegar con posterioridad.

Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la interesada no ha presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostenga la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.

2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.

3. Ausencia de fuerza mayor.

4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados

precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha explicado en los apartados precedentes de este Dictamen, la reclamante imputa al servicio público sanitario mala praxis en el curso de la asistencia sanitaria que se le prestó el día 20 de noviembre de 2012, cuando se le realizó una infiltración para tratar de mitigar el dolor que le provocaban el neuroma de Morton y la metatarsalgia que padecía en el pie izquierdo.

De igual modo, ha puesto de manifiesto este Órgano consultivo de modo reiterado, en relación con los procedimientos seguidos por reclamaciones de responsabilidad patrimonial planteadas frente a la Administración sanitaria, que resulta necesario que la prueba que se llegue a practicar permita corroborar la existencia: a) de una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria dispensada y el resultado dañoso producido en la salud del paciente, y b) la infracción del criterio de *lex artis*, que es el módulo que permite evaluar la corrección de cualquier intervención médica.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa y, a pesar de la imputación que realiza, la interesada no ha llegado a desarrollar la menor actividad probatoria que le permita acreditar la realidad de sus imputaciones, aunque le corresponde llevarla a efecto de acuerdo con la regla de distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Conviene destacar, de igual forma, que el alcance de dicho precepto hubiera exigido que la reclamante aportara en el procedimiento de responsabilidad patrimonial algún dictamen médico pericial que, en su caso, permitiera demostrar o justificar que se incurrió en un supuesto de mala praxis.

De manera contraria a lo que apunta la peticionaria, se ha incorporado al expediente administrativo un informe médico-pericial en el que se concluye que no se aprecia ninguna relación entre la infiltración que se le realizó en el dorso del pie y la necrosis que desarrolló unos meses después en el segundo dedo, que bien pudo deberse a múltiples motivos de índole circulatoria, por lo que se considera que la praxis que se siguió fue correcta y que se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc*.

Como cuestión previa, conviene aclarar que la intervención de la que deriva la presente solicitud de indemnización se realizó el día 20 de noviembre de 2012 (como se desprende del estudio de la documentación clínica y, de modo particular, de los folios 9 y 79 del expediente administrativo) y no el día 10 de octubre de ese mismo año, como de manera reiterada se pone de manifiesto en el informe pericial, por lo que se han corregido en ese sentido las consideraciones que se formulan a continuación sobre la base de lo que se expresa en ese documento.

Así, en el referido informe médico se apunta que el tratamiento que se aplicó fue totalmente correcto y que, de

hecho, muchos neuromas tratados con infiltraciones se curan definitivamente y no es necesario entonces recurrir a la cirugía.

También se advierte que tan sólo se practicó una infiltración y que la reclamante no se presentó ninguna complicación inmediata. Es más, en la revisión que se le realizó al mes, el 11 de diciembre de 2012, manifestó que el dolor le había desaparecido durante una semana y no relató ni objetivó ningún otro tipo de problema ni el pie ni en los dedos.

Tuvieron que transcurrir casi tres meses (14 de febrero de 2013) desde la fecha de la infiltración para que comenzase a experimentar síntomas de alteración muscular en el segundo dedo, que evolucionaron de forma lenta y progresiva, y que terminaron en la necrosis parcial (de la tercera falange) a primeros del mes de abril del año siguiente, es decir, más de cuatro meses después. A juicio del perito, ello supone un período de tiempo demasiado largo como para que guarde alguna relación con el daño que se alega.

Asimismo, destaca que no se han descrito en la literatura especializada casos de necrosis seca tras la realización de infiltraciones. De manera concreta, informa de que todas las complicaciones y efectos secundarios encontrados después de una intensa búsqueda bibliográfica se refieren a los que se describieron más arriba y que ningún autor menciona ese tipo de complicación.

Por último, el perito médico expresa su opinión de que en el supuesto de que en el curso de la infiltración se hubiera dañado una de las arterias digitales a ese nivel (ya que resulta imposible lesionar ambas), y que ello hubiera provocado una interrupción total del flujo por ella, se debe entender, en primer lugar, que no se hubiera producido ningún síntoma, ya que la otra arteria estaría indemne; y, en segundo lugar, que de haber sucedido (dedo frío, pálido, doloroso, etc.), se habría manifestado de forma inmediata o en uno o dos días, pero nunca a los cuatro o cinco meses. Por esa razón, sostiene con firmeza que la necrosis que presentó el dedo se debió a algún otra causa que se debería investigar (arteriopatía, placas de ateroma, espasmo vascular, vasculopatía periférica por una diabetes no diagnosticada, etc.) pero que no se produjo como consecuencia de la infiltración.

Por otra parte, en el anexo al informe pericial que se presentó con posterioridad se apunta que la falta de concurrencia de cinco de los seis criterios de causalidad necesarios para establecer una relación de esa naturaleza entre un hecho y su posible consecuencia permite excluir, más allá de toda duda razonable, que la infiltración fuera la causa de la necrosis digital que padeció la interesada.

De conformidad con lo que se ha expuesto, no resulta posible establecer una relación causal entre la infiltración que se llevó a efecto y el daño que se alega, lo que determina que no quepa reconocer en este caso ninguna responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria, de manera concreta la relación causal que debe existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama.

No obstante, V.E. resolverá.

