



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 5 7 / 2 0 0 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de junio de 2008.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por Á.M.D., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario. Error de diagnóstico. Tratamiento inadecuado (EXP. 248/2008 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial por daños que se imputan al funcionamiento anormal del Servicio Canario de la Salud.

2. La legitimación de la Excm. Sra. Consejera para solicitar el Dictamen resulta del art. 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. La preceptividad del Dictamen resulta del art. 11.1.D.e) de la misma en relación con el art. 12, de carácter básico, del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3. El Servicio Canario de la Salud está legitimado pasivamente porque a la negligencia de los agentes de su funcionamiento el reclamante le imputa la causación del daño.

4. El hecho lesivo por el que se reclama acaeció el 6 de agosto de 2004. Este hecho lesivo, según el reclamante, consistió en diagnóstico erróneo y subsiguiente

---

\* **PONENTE:** Sr. Reyes Reyes.

actuación terapéutica errónea. Por este hecho lesivo, los familiares del reclamante presentaron el 19 de agosto del mismo año un escrito al Servicio Canario de la Salud narrando las circunstancias que configuraban el hecho lesivo y solicitaron que se abriera una investigación. Este escrito, aunque no lo presentó el perjudicado ni en él se concretaban las lesiones ni se solicitaba una indemnización, fue calificado por el Servicio Canario de la Salud como una reclamación de responsabilidad patrimonial y, por ende, se le dio la tramitación del procedimiento regulado por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial. El perjudicado aceptó dicha calificación, se personó en el procedimiento como reclamante y solicitó, en trámite de audiencia, una indemnización de 180.000 euros. No concreta las lesiones por las que reclama ni los criterios de cuantificación de la indemnización solicitada.

De los antecedentes anteriores resulta que la denuncia de los familiares del paciente se presentó trece días después del hecho lesivo alegado y que esta denuncia fue calificada y tramitada como una reclamación de responsabilidad patrimonial, lo cual fue aceptado por el paciente. Por consiguiente, no se puede entender que la reclamación sea extemporánea.

5. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, el cual se ha sobrepasado ampliamente aquí; sin embargo, aun fuera de plazo, la Administración está obligada a resolver expresamente en virtud de los arts. 42.1 y 43.1 y 4.b) Ley 30/1992, 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un Dictamen de fondo.

## II

Los hechos en que se fundamenta la pretensión resarcitoria, que acreditan la documentación médica incorporada al expediente, y que recoge la Propuesta de Resolución son los siguientes:

El 6 de agosto de 2004, el reclamante que conducía una moto colisionó con una furgoneta que le precedía. Fue trasladado en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital de Fuerteventura. Según el informe de alta de Urgencias, su estado era de policontusionado consciente y orientado con dolor a la palpación en la mano derecha y en ambos hombros. No acusaba dolor a la palpación de cada una de las vértebras

cervicales, ni de las de las caderas ni de la columna lumbar. No se objetivó localización neurológica, las pupilas se encontraban isocóricas y reaccionaban normalmente. Tampoco había perdido movilidad ni sensibilidad en las cuatro extremidades.

Tampoco presentaba alteraciones cardiopulmonares ni abdominales ni otorragia. Las pruebas radiológicas demuestran que no presenta fracturas de las cervicales. Las pruebas analíticas de bioquímica general y hemogramas dan resultados normales.

Se le diagnostica policontusiones, se le pone un collarín cervical, se le recetan calmantes y se le remite a control por su médico de cabecera, y, como se indicó, se le dio el alta de Urgencias ese mismo día 6.

Sin embargo, como el paciente seguía dolorido y presentó una crisis de ansiedad en el momento de abandonar el Servicio de Urgencias el facultativo de Urgencias decidió dejarlo ingresado en dicho Servicio a fin de controlarle el dolor y vigilar su evolución.

A las 21:00 horas de ese día, había desaparecido el dolor en las cervicales y en los brazos, pero apareció dolor en la zona lumbar irradiado a las piernas, pero sin pérdida de movilidad ni sensibilidad. Se le realizaron radiografías de la zona lumbar que tampoco mostraron fracturas.

A las 08:00 horas del día siguiente presenta retención de orina y otra vez dolores en los hombros y brazos, dificultad para la movilidad de los cuatro miembros. Se le realiza una nueva prueba radiológica que confirma la ausencia de lesiones óseas. Sin embargo, atendiendo a la retención de orina y a la dificultad para la movilidad de los cuatro miembros, se sospecha la existencia de lesión medular y se remite al Hospital de referencia, el Materno-Insular de Las Palmas, donde ingresa ese mismo día 7. Allí se le diagnostica un traumatismo raquímedular cervical como consecuencia de un accidente de tráfico y se le objetiva un síndrome de lesión medular incompleto con nivel neurológico motor C5, sensitivo C4. En ese Hospital permanece ingresado hasta el día 8 de octubre de 2004, fecha en la que es dado de alta. Según el informe de alta de esa fecha, el paciente realiza marcha independiente y micciones voluntarias; neurológicamente ha recuperado la fuerza muscular de las cuatro extremidades. Se le recomienda la realización de resonancia magnética de control y la continuación de un tratamiento rehabilitador ambulatorio.

Las lesiones de la médula espinal se clasifican en completas e incompletas. Las primeras tienen la clasificación A en las escalas de discapacidad ASIA (American

Spinal Injury Association) y se caracterizan por la ausencia total de función sensitiva y motora por debajo del punto de la lesión de la médula. Las segundas (clasificaciones B a D) se caracterizan porque se conserva una cierta función sensitiva y motora por debajo del punto de la lesión.

El reclamante presentó inicialmente una lesión incompleta del nivel C: En éstas se mantiene la función motora por debajo del nivel neurológico, pero más de la mitad de los músculos claves por debajo de ese nivel tienen una fuerza muscular menor de 3, es decir, no son lo suficientemente fuertes para moverse contra la gravedad.

Mediante la asistencia sanitaria pública el paciente ha alcanzado la clasificación D: Preserva la función motora por debajo del nivel neurológico pero por lo menos la mitad de los músculos claves por debajo de ese nivel tienen una fuerza muscular 3 o superior, es decir, las articulaciones pueden moverse contra la gravedad.

En la clasificación E ASIA las funciones sensitivas y motoras son normales.

Según el protocolo adjunto al informe pericial suscrito por el Jefe de la Unidad de Lesionados Medulares de Hospital Materno-Infantil, informe incorporado al expediente a solicitud del reclamante, los signos y síntomas de sospecha de lesión medular son los siguientes:

Debilidad o parálisis de las extremidades.

Alteraciones sensitivas en tronco o extremidades.

Alteraciones de esfínteres.

Ileo paralítico.

Dolor espontáneo o a la palpación en la columna vertebral.

Deformidades de la columna.

Presencia de respiración paradójica.

Priapismo.

Ninguno de estos síntomas presentó el reclamante el primer día de su ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital Insular de Fuerteventura. Sin embargo, ese mismo día se le realizaron pruebas radiológicas que no objetivaron la existencia de fracturas vertebrales que afectaran la médula. Ninguno de los posteriores informes médicos y pruebas que se le han practicado acusa la existencia de tales fracturas. No

obstante, dada la índole de la policontusión que presentaba, se le colocó un collarín cervical para la inmovilización de las cervicales.

Al día siguiente fue cuando presentó retención de orina y paresia con dificultad de movilidad en los miembros inferiores, síntomas de lesión medular, por lo que fue trasladado ese mismo día al Hospital de referencia donde el tratamiento dispensado ha permitido que evolucionara favorablemente.

### III

No todo diagnóstico equivocado engendra responsabilidad porque la Medicina es, en muchos casos, una ciencia conjuntural, por lo que no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y, en consecuencia, el error científico-médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Ésta sólo surge cuando el diagnóstico erróneo se debe a negligencia o ignorancia a la vista de los síntomas o por no emplear oportunamente los medios técnicos que ayuden a evitar los errores de apreciación.

En el presente supuesto, los facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital de Fuerteventura que atendieron al reclamante, puesto que éste había sufrido un accidente de tráfico con policontusiones, desde un primer momento practicaron las exploraciones médicas y pruebas radiológicas procedente para comprobar la existencia de una lesión medular, la cual descartaron en un primer momento porque no presentaba ninguno de los signos y síntomas asociados a ella. Desde el momento en que éstos aparecieron, la diagnosticaron correctamente y derivaron al paciente al Hospital de referencia donde se le ha atendido adecuadamente y se ha logrado la evolución favorable de la lesión, de tal manera que a la fecha del alta hospitalaria el paciente tenía movilidad independiente.

Por esta razón, el primer diagnóstico no se puede calificar de erróneo por negligencia o ignorancia a la vista de los síntomas o por no recurrir a los medios técnicos que evitaran los errores de apreciación.

Ni presentaba síntomas que obligaran a sospechar la presencia de lesión medular ni se omitieron las pruebas radiológicas para averiguar la existencia de fracturas vertebrales, las cuales no sufrió el paciente, y, además, se le colocó un collarín cervical.

Pero, además, la imposibilidad de establecer desde el primer momento la existencia de una lesión medular no ha causado al reclamante ningún daño.

La lesión medular que sufrió fue consecuencia del accidente de tráfico, no de que sólo hubiera sido diagnosticada cuando aparecieron sus síntomas. El reclamante no alega ni por ende demuestra que el primer diagnóstico haya causado o agravado la lesión medular ni que le haya originado una lesión diferente. La pretensión resarcitoria no es atendible, porque no existe mala práctica médica ni lesión indemnizable.

## **C O N C L U S I Ó N**

La Propuesta de Resolución se considera ajustada a Derecho. Procede la desestimación de la pretensión resarcitoria porque la asistencia médica prestada fue la adecuada y porque ésta no le ha causado ninguna lesión patrimonial.