



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 2 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 7 de febrero de 2013.

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 C.A.H.P., en nombre y representación de C.H.V., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 8/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución producida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), Organismo Autónomo integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias (CAC), en procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por ésta ante reclamación de indemnización por daños que se alega se han producido por el deficiente funcionamiento del servicio público sanitario, presentada por el afectado en ejercicio del derecho indemnizatorio contemplado en el Ordenamiento Jurídico, en el artículo 106.2 de la Constitución (CE).

2. La solicitud del Dictamen es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), estando legitimada para remitirla la Consejera de Sanidad, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. Es aplicable la ordenación del servicio público sanitario, básica estatal y autonómica de desarrollo, particularmente la relativa a los derechos y deberes de los pacientes y de la Administración sanitaria, así como, en cuanto normativa básica en la materia no desarrollada por la Comunidad Autónoma, tanto la Ley 30/1992, de 26

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP).

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos (arts. 139 y 142 LRJAP-PAC) para hacer efectivo el derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución.

II

1. El procedimiento se ha iniciado con la presentación del escrito de reclamación el 4 de agosto de 2010 alegando el interesado que el 19 de mayo de 2009 sufrió una caída en el lugar de trabajo, dañándose en su pierna izquierda. Tres días después y debido al dolor, acudió al Centro H.S. donde fue atendido en el Servicio de Urgencias, efectuándose pruebas y siéndole diagnosticado edema de tejido subcutáneo en pierna y pie izquierdo, proceso inflamatorio con aumento de volumen y dolor que imposibilitan la marcha, y alteraciones morfológicas de los huesos del tarso y metatarsianos a nivel del tobillo y pie izquierdo, con fractura-luxación de Lisfranc severa. Después de administrársele antibióticos y analgésicos, se le dio alta hospitalaria el mismo día al mejorar el proceso, sin perjuicio de pautarse un tratamiento con medicamentos y seguimiento por su médico de cabecera, con consulta para agosto de 2009.

El interesado considera que la asistencia fue deficiente por cuanto los médicos que lo trataron, conociendo entonces que sufría úlcera en el pie dañado, no realizaron pruebas adicionales al respecto, ni se le remitió a otro Centro para su tratamiento, por lo que el 29 de junio de 2009 debió acudir al Hospital de La Candelaria, siendo ingresado por la gravedad de la herida, que se había extendido, por lo que debió practicarse curetaje y drenaje urgente, pese a lo que, no produciéndose evolución favorable, tuvo que serle amputada la pierna izquierda.

En este sentido, el informe de cirugía indica, sobre la necesidad de amputación, la presencia de herida en el pie por úlcera sobreinfectada de aproximadamente dos meses de evolución, la cual no había sido tratada en la asistencia efectuada en el Centro H.S. ya referida, como Centro concertado.

Por consiguiente, el reclamante entiende que la amputación pudo evitarse de haberse realizado en ese momento las pruebas y subsiguiente tratamiento

pertinentes, solicitando al gestor del servicio sanitario ser indemnizado en la cantidad de 1.900.000 euros.

2. La Propuesta de Resolución se formula vencido hace años el plazo resolutorio. No obstante, pese a esta injustificada e injustificable demora ha de resolverse expresamente, sin perjuicio de las consecuencias administrativas o, en su caso, económicas que ello debiera comportar [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

III

1. Consta informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de 27 de septiembre de 2012, emitido con base en la información de la Historia Clínica del paciente conservada en el Centro de Salud de Arona, en el Centro H.S., y en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, así como en la información facilitada por los Servicios de Cirugía Cardiovascular y Cirugía Ortopédica y Traumatología del citado centro hospitalario concertado.

A. Las actuaciones que se consideran relevantes son las siguientes:

- Según antecedentes clínicos, el interesado estaba en tratamiento por diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID).

- Con carácter privado, el 22 de abril de 2009 acude al Servicio de Urgencias de H.S., refiriendo fiebre de cuatro días de evolución e inflamación de pierna izquierda, donde se objetiva lesión ampollosa y eritematosa, indicándosele reposo, curas y tratamiento farmacológico (augmentine y neobrufen) por siete días. Consta cura local de la herida por enfermera en pie izquierdo con furacin y tulgrasum antibiótico. Se diagnostica linfangitis aguda.

- Al efecto de realizarse ulteriores curas acude al Centro de Salud los días 23, 27 y 30 de abril de 2009, efectuándose en la herida existente en pantorrilla izquierda. Además, es valorado el segundo día por el médico de cabecera al referir hinchazón en el pie izquierdo, describiéndose heridas antiguas y una nueva sobreinfectada en cara posterior lateral interna de la pierna izquierda, que, tras ser tratada, cicatriza, aunque sigue presentando edema con fóvea y cambio de color en la pierna. Se diagnostica piodermatitis en tercio distal de la pierna y el pie izquierdos, por lo que es remitido a consulta de Cirugía, siendo valorado en el CAE El Mojón y solicitándose doppler, con resultado normal según Cirugía Vasculat.

- Estuvo ingresado en H.S. entre el 11 y el 22 de mayo de 2009 después de acudir al Servicio de Urgencias por tener dolor y edema, con turgencia y calor en la pierna izquierda de unos 25 días de evolución, negando traumatismo previo.

A la exploración presenta aumento de volumen de pierna y pie izquierdos, con tumefacción eritematosa y dolor a la palpación, sensible, turgente y edematosa, derivándose impotencia funcional; signos de Homans, Prats y Olow negativos; pulsos periféricos presentes y sincrónicos.

Se solicita analítica y radiografía de tórax, decidiéndose el ingreso en el Servicio de Cirugía Vasculuar, con reiterado diagnóstico de linfanfritis, al no mejorar con el tratamiento inicial.

Efectuado eco-doppler de extremidad inferior izquierda, en el sistema venoso profundo se visualizan venas de calibres normales, con flujos venosos en los troncos principales sin signos de trombosis venosa profunda (TVP), buena compresibilidad local y respuesta normal del flujo a la compresión distal. Así, no se aprecia insuficiencia venosa significativa del sistema, con gastrognemias normales, y las venas superficiales dependientes de la safena interna no tienen signos de tromboflebitis (TBF). En definitiva, la conclusión es que no se evidencia TVP o TBF.

No obstante, se observa gran edema de tejido subcutáneo de pierna y pie izquierdos, visualizándose en la cara interna imagen hipoecoica de 9 mm de espesor con contenido denso. Realizada RMN, se detectan en los huesos del tarso y los metatarsianos alteraciones morfológicas, con desplazamiento interior de la articulación en la base del metatarsiano 1. Además, al presentarse cambios en la intensidad de la señal respecto a estas estructuras óseas, es probable la existencia de osteoartritis, sin descartar fracturas a nivel del metatarsiano 2 y 3. También hay imágenes de edemas de los tejidos blancos de alrededor con carácter inflamatorio, sin más hallazgos.

A la vista de la clínica obtenida y pruebas hechas, es valorado por el Servicio de COT y se diagnostica fractura-luxación de Lisfranc severa, con signos de consolidación incipiente. Al respecto y negado traumatismo por el paciente, que no es creíble por lo expuesto, el proceso parece haberse iniciado hace seis semanas. Se pauta descanso, medidas posturales y analgesia, siendo inadecuada la cirugía por tener pocas posibilidades de éxito, con tratamiento ulterior de secuelas una vez realizada valoración por traumatólogo.

Durante el ingreso se administró antibioterapia combinada, antiinflamatorios y analgésicos, con reposo. Se mejora la sintomatología, pero persiste zona sensible y cambios de coloración, manteniéndose ligero edema y eritema.

Finalmente, se decide alta hospitalaria con tratamiento médico, incluido antibiótico, así como seguimiento por médico de cabecera, siendo el diagnóstico de linfangitis (celulitis) y de fractura-luxación de Lisfranc severa, asociado a pie diabético.

- El 22 de mayo de 2009, día del alta, lleva al Centro de Salud la información de la asistencia recibida en H.S.

- El día 28 de junio de 2009, a las 21:22 horas, se presenta en el Servicio de Urgencias de H.S. al haber aumentado el volumen del pie y tobillo izquierdos, presentado signos flogísticos, calor local y flictenas en región dorsal del pie por lesión ulcerativa en planta, con secreción purulenta muy fétida y necrosis del cuarto dedo del pie izquierdo. El paciente comenta que el problema tiene unos dos meses de evolución; lo que no coincide con la caída que alega haber sufrido en mayo. Se diagnostica pie diabético complicado por gangrena gaseosa, con la antedicha necrosis isquémica, y se le traslada al Hospital de La Candelaria a las 02:33:26 horas del día siguiente.

- Es recibido en el Servicio de Urgencias, confirmándose a la exploración edema, la necrosis y la úlcera sobreinfectada en planta, repitiéndose como diagnóstico principal el pie diabético y siendo ingresado entre el 29 de junio al 25 de agosto de 2009 en el Servicio de Cirugía Vascular. Se aprecia en la exploración del pie izquierdo absceso extenso en el dorso, necrosis húmeda del cuarto dedo, con flictenas y desarticulación del tarso; pulsos distales bilaterales. Se practica curetaje y drenaje quirúrgico urgente, sin evolución favorable, por lo que el 30 de junio se realiza amputación infracondílea izquierda, siendo el diagnóstico necrosis sobreinfectada irreversible izquierda y anemia multifactorial por DMNID.

B. De acuerdo con lo expuesto, el informe se pronuncia sobre los hechos conexos con la asistencia recibida como sigue:

- El reclamante refiere caída el 19 de mayo de 2009, acudiendo tres días mas tarde a H.S., pero en realidad estuvo ingresado en dicho Centro desde el 11 hasta el 22 de dicho mes, desconociéndose por tanto la fecha de tal eventual accidente, que, supuestamente, ocurre en su puesto de trabajo, aunque al efectuarse el ingreso el

paciente niega traumatismo en la pierna izquierda, manteniéndose la negativa al ser atendido en el Servicio de COT.

En estas circunstancias, entiende que el proceso infeccioso en el pie izquierdo, que culmina con la amputación, se debió a una incorrecta asistencia al no tenerse en cuenta la úlcera en el pie lesionado, efectuándose el alta improcedentemente al no ser tratada aquella.

- Pues bien, independientemente de la fractura-luxación detectada durante el ingreso, no operable porque no sería exitosa la cirugía dadas sus características, también se determinó en ese momento linfangitis, reiterándose el diagnóstico efectuado al paciente por idéntico motivo en el mismo Centro al asistirle el 22 de abril anterior.

En todo caso, el cuadro se inició con la inflamación del pie izquierdo, apreciándose lesiones ampollosas y eritematosas que son curadas en H.S. primero y el Centro de Salud después, en el que se detectan heridas antiguas y otra nueva sobreinfectada, en la parte posterior, lateral e interna de la pierna, sin eliminarse el edema pese a cicatrizar el 5 de mayo.

En este sentido, además del doppler realizado en CAE, con resultado de normalidad, en el Centro hospitalario concertado se efectuaron poco después, tras ingresar por similar proceso, las pruebas diagnósticas pertinentes al caso, descartándose TVP y TBF, encontrándose fractura-luxación de Lisfranc severa, con signos de consolidación incipiente, pero manteniéndose también el diagnóstico de linfangitis inicialmente diagnosticada, tras ser valorado por los Servicios de COT y de CV.

Además, durante el ingreso consta que el paciente recibió tratamiento antibiótico y que, al darse el alta hospitalaria, se recomendó mantenerlo durante diez días más, con seguimiento por el médico de cabecera, observándose mejoría en el proceso, siempre referido a la pierna izquierda.

- Desde ese momento hasta la presentación del cuadro que obliga a la amputación transcurren más de treinta días, al menos hasta que se presenta de nuevo en H.S., con aumento del volumen del pie por úlcera plantar que segrega pus y necrosis en un dedo.

En ese período temporal no consta que, pese a acudir el paciente al Centro de Salud los días 8 y 22 de junio para el control de su diabetes, y se supone para el seguimiento de la linfangitis a cuyo fin visitó el propio Centro tras obtener el alta, se

hiciera observación alguna con este motivo sobre el estado de la pierna, ni manifestación del interesado mismo sobre una úlcera en la planta del pie izquierdo, aumento de volumen de éste o necrosis en los dedos. En este sentido, hay clara diferencia entre la herida en la parte posterior lateral interna de la pierna izquierda y la úlcera en el dorso de pie con flictenas y tal necrosis.

En esta línea, en la anamnesis al ingreso en el Hospital de La Candelaria se describe este último edema con desarrollo de unos diez días, confirmándose la mejoría del proceso inicial durante el periodo que abarca desde el alta hospitalaria hasta entonces, de modo que esta otra herida surge posteriormente. En ese momento y fracasada la atención que procedía efectuar en principio, no quedó más remedio que amputar. Lo que se confirma por testimonio evacuado, en período probatorio, por el facultativo A.L.C., debiéndose hacer la amputación del pie al ser inevitable para salvar la vida del paciente, siendo su efectiva situación generadora, en un alto porcentaje, de esa operación por tal razón.

2. Por su parte, el informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular de H.S., emitido en fecha 8 de noviembre de 2010, advierte, ante todo, que en la fecha en la que el reclamante alega haberse caído en su trabajo estaba ingresado en ese Centro hospitalario, habiendo sido dado de alta el 22 de mayo de 2009 tras ser controlado su proceso infeccioso, pero requiriendo ulterior tratamiento ambulatorio y seguimiento por su médico de cabecera, pues las consultas externas no las gestiona H.S., sino el SCS mismo.

Argumenta también que no era necesaria en este caso la realización de más pruebas que las pertinentemente efectuadas, apropiadas al caso, por la claridad del diagnóstico a la luz de sus resultados, aun negándose traumatismo, siendo correcto y definitivo diagnosticar fractura-luxación de Lisfranc y linfangitis aguda, con pie diabético propio de la enfermedad de base.

Consiguientemente, obtenida la mejoría con el tratamiento instaurado, incluyendo antibiótico y curas locales, ya realizadas por cierto previamente en el Hospital y en el Centro de Salud por similar problema, procedía el alta para continuar tal tratamiento externamente por médico de cabecera.

3. Finalmente, el Servicio del COT informa que el paciente, ingresado en el Servicio de Cirugía Vasculuar por edema y linfangitis en pierna izquierda, era diabético insulino dependiente, solicitándosele consulta el 18 de mayo de 2009 por presentar

deformidad del pie y lesiones óseas, compatibles con osteoartritis infecciosa y/o traumática.

Al respecto se decidió tratamiento conservador apropiado en un proceso de pie diabético y osteítis séptica, como evolución natural y negando el paciente traumatismo, con una evolución de 25 días. Así, la deformidad del pie, con edema, linfangitis y osteitis-artritis (desestructuración de los huesos y las articulaciones del pie), son síntomas existentes al ingreso que forman parte de la anatomía patológica de la diabetes, debiéndose tratar de modo conservador o, en caso necesario, amputar.

Cabe apuntar ahora que la enfermedad del paciente no parecer ser, como incida este informe DMID, sino DMNID, según antecedentes y ulterior informe del Hospital de La Candelaria.

IV

1. La Propuesta de Resolución entiende que, a la luz de lo instruido, especialmente la información emitida, procede desestimar en su integridad la reclamación.

En efecto, la asistencia recibida por el interesado se ajusta en todo momento a la *lex artis*, especialmente en relación con la obligación de medios diagnósticos y curativos de aplicación al caso, que efectivamente se aportaron y son actuados debidamente, tanto en H.S. o el Centro de Salud, como finalmente, con uso de cirugía, en el Hospital de La Candelaria. Por eso, no concurriendo los presupuestos exigibles al efecto, no cabe exigir responsabilidad a la Administración sanitaria por el daño sufrido, cuya producción no es causada en absoluto por su actuación.

2. Está acreditado que el interesado padecía diabetes mellitus, al parecer no insulino dependiente, con alteraciones metabólicas pero sin necesidad de administrar insulina para prevenir las consecuencias de dicha enfermedad.

Justamente, entre los efectos propios de ésta se encuentra el engrosamiento de las venas, con alto riesgo de TVP o TBF y necrosis o gangrena en los miembros y sus dedos, o bien, ataques cardíacos así como, usualmente, linfangitis y osteitis.

3. En este caso y teniendo en cuenta tanto este precedente como las actuaciones documentadas en los diferentes Centros que asistieron al paciente entre abril y junio de 2009, no habiendo contestación por parte del interesado y, por el contrario, siendo contestes los informes emitidos al respecto, ha de convenirse que

dicha asistencia, incluyendo estudios o valoraciones, pruebas diagnósticas y tratamiento, se ha ajustado a la *lex artis*, en los términos y sentido antes expuestos, no pudiendo detenerse pese a ello la evolución o efectos de la enfermedad base del paciente por su propia naturaleza, influyendo eventualmente su propia conducta respecto a la última manifestación de la misma.

En particular, no se demuestra conexión de causa a efecto o de condicionamiento en su producción entre la herida inicial y la final en la pierna y pie, respectivamente, del paciente, con inevitable necesidad finalmente de amputar el miembro lesionado por esta última causa, no la primera.

Además, tampoco hay incompatibilidad o exclusión entre el pie diabético, con linfangitis y edema o úlceras, y la osteitis presentada por el paciente, fuese o no de origen traumático, aunque cabe indicar que no parece serlo. En todo caso, no es asumible la alegación de caída en el trabajo en un día en el que el paciente estaba ingresado, negándolo el propio interesado a mayor abundamiento al ser asistido por los Servicios de Urgencia y de COT.

4. En definitiva, no solo los diagnósticos producidos con H.S. en las ocasiones que fue asistido allí el paciente se acreditan correctos, sino que también lo fue la actuación en cuanto a pruebas y tratamiento.

En los momentos iniciales, cuando se detecta linfangitis, con herida en pierna por pie diabético, reiterándose luego la existencia de aquella, sin trombos pero con osteitis, pautándose antibióticos y curas, con debido seguimiento posterior del caso.

Y también en la asistencia efectuada en el Centro de Salud para realizar dicho seguimiento y el control de la diabetes, apreciándose mejoría del cuadro anterior y no advirtiéndose el posterior, que surge después con la úlcera plantar, la cual fue debidamente advertida en H.S. y en el Hospital de La Candelaria, que efectuó el tratamiento debido.

En este sentido, no constan ni hay indicios o síntomas entre el alta en H.S. y la atención en el Centro de Salud de otra úlcera en el pie o de necrosis, ni en ningún momento el paciente hizo manifestación alguna al respecto en este tiempo, constando una evolución de diez días en la nueva herida, sin que, además, aquél acudiera a ser atendido en cuanto apareció o antes de que lo hizo, pudiendo y debiendo hacerlo.

5. Por consiguiente, ha de concluirse que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, estando fundada la no exigibilidad de responsabilidad administrativa en este supuesto. Así, no existe nexo objetivo de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño sufrido, generado por la propia evolución de la enfermedad del paciente y, eventualmente, por la propia conducta de éste. Esto es, la causa del hecho lesivo, la amputación del pie, no es imputable a la Administración al no acreditarse, más bien al contrario, que se produzca por la actuación sanitaria, demostradamente ajustada a la *lex artis* en todo el proceso.

C O N C L U S I Ó N

Procede desestimar completamente la reclamación presentada.