



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 8 4 / 2 0 1 5

(Sección 1ª)

La Laguna, a 13 de mayo de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por V.M.F.A., en nombre y representación de F.I.H.Q., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 162/2015 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad el 21 de abril de 2015 (registro de entrada de la misma fecha) es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia de este Consejo y la preceptividad del dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 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.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de F.I.H.Q., en cuya representación acreditada actúa V.M.F.A., al pretender el resarcimiento de un daño que ha sufrido en su persona como

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo establecido en los arts. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), y 4.2 RPAPRP, pues el interesado interpuso aquel escrito el 5 de marzo de 2014 en relación con un daño producido el 30 de septiembre de 2013, fecha en la que se le dio alta en Rehabilitación, y, por tanto, puede determinarse con exactitud el alcance de las secuelas.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

III

El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según transcripción literal del escrito de reclamación, por los siguientes hechos:

“El 22 de marzo de 2013, es ingresado en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), al presentar un intenso dolor en el pie derecho, concretamente en el nivel de la zona de inserción del tendón de aquiles, lo cual le producía impotencia funcional al no poder caminar por serle imposible apoyar el pie derecho.

En dicho servicio de Urgencias se le diagnostica una talalgia traumática indicándole tratamiento de Naproxeno durante 5 días.

Acude en fecha de 11 de abril de 2013 a su médico de cabecera al no haber remitido, ni por asomo, el intenso dolor antes referido. Es allí donde se le diagnostica rotura fibrilar y se le deriva urgentemente a Traumatología.

En el Servicio de Traumatología se le diagnostica una rotura del tendón de aquiles derecho de una separación de entre 1,5 a 1,8 cm de un mes de evolución.

Ante ello fue intervenido quirúrgicamente el 24 de abril de 2013, realizándosele tenorrafia término- terminal, dándosele el alta hospitalaria con fecha 25 de abril de 2013.

Tras el alta hospitalaria estuvo inmovilizado con yeso hasta el 5 de julio de 2013, indicándosele posteriormente un tratamiento rehabilitador, el cual finalizó el 30 de septiembre de 2013, con una limitación en los últimos grados y dolor a la deambulación.

Con fecha 13 de diciembre 2013 se emite por el Servicio de Traumatología del HUNSC informe del Dr. A.S.M., en el que manifiesta que se aprecia dolor a nivel de cicatriz quirúrgica apreciándose continuidad tendinosa aquilea. Limitación de 20º para la flexión dorsal y plantar del pie. Indicándose que estas lesiones pueden ser permanentes e irreversibles, así como que el paciente debe evitar realizar actividad o esfuerzo que suponga una sobrecarga del pie afecto.

(...) De lo expuesto en el apartado anterior resulta manifiesto que en el Servicio de Urgencias del HUNSC se produjo un error en el diagnóstico, puesto que se le determinó una mera contusión en el talón derecho cuando lo que verdaderamente padecía era una rotura de tendón de aquiles, no practicándosele siquiera en dicho Servicio de Urgencias prueba radiológica alguna a los efectos de descartar dicha lesión".

El error de diagnóstico propició que no fuese intervenido hasta el 25 de abril (más de un mes después) lo que propició un padecimiento mayor durante todos esos días de espera y sobretodo, un agravamiento de las secuelas que manifiesta tras la intervención quirúrgica las cuales se hubieran evitado si se hubiera acertado con el diagnóstico de urgencias y por ende se hubiera intervenido en ese momento".

Se solicita una indemnización de 50.000 euros, más los intereses que devengue dicha cantidad, por los daños sufridos como consecuencia del referido proceso asistencial, consistentes en: dolor en el tobillo derecho que aumenta con la

deambulaci3n y bipedestaci3n prolongadas y limitaci3n de 20° para la flexi3n dorsal y plantar del pie, lesiones que son permanentes e irreversibles.

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resoluci3n est3 vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administraci3n de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 LRJAP-PAC).

2. Se ha producido una deficiente tramitaci3n del procedimiento, si bien, finalmente es adecuadamente reconducida.

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- Por Resoluci3n de 11 de marzo de 2014, de la Secretar3a General del Servicio Canario de la Salud, se admite a tr3mite la reclamaci3n del interesado, acordando, asimismo, la remisi3n del expediente para su tramitaci3n a la Direcci3n Gerencia del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria, pues, de conformidad con la Resoluci3n de 22 de abril de 2004, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, por la que se le delega competencia, la Direcci3n Gerencia del Hospital Universitario Nuestra Se±ora de la Candelaria es competente para la tramitaci3n de este procedimiento y para proponer el correspondiente informe-Propuesta, previa a la formulaci3n por parte de la Secretar3a General del Servicio Canario de la Salud de la Resoluci3n que le ponga fin. De ello es notificado el interesado el 17 de marzo de 2014.

- Por escrito de 11 de marzo de 2014, se solicita informe al Servicio de Inspecci3n y Prestaciones, que lo emite el 2 de mayo de 2014, tras haber recabado la documentaci3n necesaria.

- El 12 de mayo de 2014, se identifica el procedimiento, lo que se le comunica al interesado.

- El 12 de mayo de 2014, se solicita al Servicio de Inspecci3n y Prestaciones informe aclaratorio acerca de la existencia de error de diagn3stico. Tal informe se emite el 13 de mayo de 2014.

- Mediante Resoluci3n de 16 de mayo de 2014, de la Secretar3a General del Servicio Canario de la Salud, se acuerda la suspensi3n del procedimiento general e inicio de procedimiento abreviado, lo que se notifica al interesado el 22 de mayo de 2014, proponiendo acuerdo indemnizatorio.

- Con fecha de 20 de mayo de 2014, el interesado presenta escrito en el que se manifiesta su disconformidad con el acuerdo indemnizatorio.

- El 2 de junio de 2014, se insta al interesado a acreditar la representación mediante la que actúa, produciéndose el apoderamiento *apud acta* el 16 de junio de 2014.

- El 3 de junio de 2014, se emite Propuesta de Resolución en la que se estima parcialmente la reclamación del interesado, lo que es informado desfavorablemente por el Servicio Jurídico departamental el 8 de septiembre de 2014.

- A la vista del informe del Servicio Jurídico, el 6 de octubre de 2014 se solicita informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones, reiterándose tal solicitud el 4 de diciembre de 2014. Tal informe se emite el 5 de diciembre de 2014.

- Mediante Resolución de 7 de octubre de 2014, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se deja sin efecto el acuerdo de suspensión del procedimiento general, volviendo al mismo, lo que se notifica al interesado el 10 de octubre de 2014.

- El 30 de octubre de 2014, el reclamante presenta informe pericial.

- A efectos de la apertura de trámite probatorio, se insta al interesado, el 17 de octubre de 2014, a que designe los testigos que propone en su escrito inicial. De ello recibe notificación el 23 de octubre de 2014, mas no aporta nada al efecto.

- El 11 de octubre de 2014, se dicta acuerdo probatorio, de lo que recibe notificación el interesado el 18 de octubre de 2014.

- El 19 de enero de 2015, se acuerda la ampliación del periodo probatorio, incorporándose el informe aclaratorio del Servicio de Inspección y Prestaciones, así como informe de Urgencias, y se declara concluso el periodo probatorio. Ello se notifica al interesado el 23 de enero de 2015.

- El 6 de febrero de 2015, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, recibiendo notificación el reclamante el 10 de febrero de 2015. Con fecha 23 de febrero de 2015, presenta escrito de alegaciones.

- Tal escrito es remitido el 3 de marzo de 2015 al Servicio de Inspección y Prestaciones, para que se pronuncie al respecto, viniendo este a emitir informe al respecto el 13 de marzo de 2015.

- El 30 de marzo de 2015, se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la pretensión del interesado.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante al acreditarse, de conformidad con los informes obrantes en el expediente, la actuación del Servicio Canario de la Salud conforme a la *lex artis*.

No obstante, ha de advertirse que a lo largo de la tramitación del procedimiento se trató de adoptar una terminación convencional del mismo mediante acuerdo indemnizatorio de 759,33 €, lo que no fue aceptado por el interesado, adoptándose, posteriormente, sin tramitar completamente el procedimiento, Propuesta de Resolución estimando parcialmente la reclamación del interesado.

Tales decisiones fueron desfavorablemente informadas el 8 de septiembre de 2014 por el Servicio Jurídico, dando lugar a la emisión de un informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones y posterior tramitación del procedimiento en todos sus trámites.

En el referido informe del Servicio Jurídico se argumentaba que de la documentación obrante en el expediente no resultaba acreditada una actuación no conforme a la *lex artis* que determinara responsabilidad alguna de la Administración, por lo que el Servicio de Inspección y Prestaciones, en informe de 5 de diciembre de 2014, vino a justificar su cuantificación del daño, que sería usada primero para realizar propuesta indemnizatoria, y, luego, para formular la Propuesta de Resolución de estimación parcial en tal cuantía.

En tal informe se señala que «en el informe elaborado el 8 de septiembre de 2014 efectivamente se habló en términos de presunción cuando se expuso: “la relación causal únicamente podría fundarse en que el presunto error en el diagnóstico supuso un mayor tiempo para su curación. Ello fue lo que se cuantificó”».

Mas, a lo largo de la tramitación del procedimiento quedaría clara la inexistencia de error que generara responsabilidad de la Administración, por ser conforme a la sintomatología presentada por el paciente el diagnóstico inicial y el tratamiento pautado, que indicaba además acudir para seguimiento a su médico de cabecera.

2. Pues bien, hechas estas aclaraciones, procede entrar en el análisis de los términos de la reclamación para determinar la existencia o no de responsabilidad y, por ende, la conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución.

En el caso que nos ocupa, el interesado solicita una indemnización, que cuantifica en 50.000 €, por el daño consistente en las secuelas que le han quedado tras la intervención quirúrgica realizada el 24 de abril de 2013, que imputa al error del diagnóstico inicial y consiguiente retraso en la intervención.

Según se desprende del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, elaborado a partir de la historia clínica del reclamante y de los informes recabados durante la tramitación del procedimiento que nos ocupa (informe del Dr. V., especialista del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HNSC, e informe del Dr. M., Coordinador del Servicio de Urgencias del HUNSC) queda acreditada en el expediente la adecuación a la *lex artis* de la actuación de los servicios de Urgencia que asistieron al paciente el 22 de marzo de 2013.

Y es que, señala el referido informe, emitido el 2 de junio de 2014 el diagnóstico de la rotura del tendón de aquiles es fundamentalmente clínico, ya que el paciente relata claramente lo ocurrido y en muchas ocasiones oye el chasquido de la rotura, acompañado de dolor súbito en la cara posterior de la pierna, edema y tumefacción, disminución de los movimientos y de la flexión plantar y se palpa un defecto a lo largo del recorrido del tendón si la inflamación no es excesiva, "signo del hachazo" (al dejar el pie en reposo, una depresión en la región posterior de la pierna a nivel del sitio de la ruptura del tendón de Aquiles).

Mas, en este caso no constaba tal sintomatología cuando el reclamante acudió a Urgencias. Ello se justifica en el referido informe en que puede ocurrir que existan fibras que mantienen la continuidad del tendón y que en la etapa aguda, debido a la tumefacción y al dolor en el sitio de la lesión, dificulte la palpación del defecto en la integridad del tendón.

Por todo ello, el facultativo de guardia recomendó en el informe de alta al paciente revisión por su médico de cabecera (no consta que el reclamante, cuya profesión era la de conductor, estuviese de baja laboral durante este periodo).

El día 11 de abril de 2014, cuando acude a su médico de Atención Primaria, manifiesta dolor a nivel de la inserción del tendón de aquiles, más impotencia

funcional, no puede caminar ni apoyar el pie derecho. Muestra el informe de Urgencias de fecha 22 de marzo.

En la exploración se observa dolor a nivel de la inserción del tendón de aquiles donde se palpa bultoma de 1 cm. La sintomatología es distinta y se aprecia deformidad.

Por ello, el médico de cabecera diagnostica presunción de rotura fibrilar, derivando al paciente al traumatólogo, que lo remite de urgencia al HUNSC, donde, el 18 de abril de 2013, se practica ecografía que objetiva la presencia de rotura completa del tendón de aquiles a 4,5 cm del calcáneo, con una separación de fragmentos de 1,5 a 1,8 cm. Se cursa ingreso hospitalario.

Pero, como se observa, el diagnóstico de sospecha se realiza por la clínica del paciente, sin prueba diagnóstica alguna, que sirve para confirmar el diagnóstico y su alcance.

Y es que, como se ha indicado, es ésta la forma en la que se diagnostica la rotura del tendón de Aquiles; por ello, como se señala en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, en la literatura médica "se describe que, tras la primera valoración, entre el 18-25% de estas lesiones pasan desapercibidas. Las lesiones tendinosas pueden no diagnosticarse en Urgencias. Esto se debe a diferentes circunstancias como lesión parcial, continuidad de la vaina, la posición tendinosa en el momento de la lesión, el grado de dolor e inflamación, etc. El seguimiento por su médico de zona, que se pautó al paciente, en este caso es fundamental, dado que permite el diagnóstico de lesiones inicialmente desapercibidas".

Por otra parte, en cuanto al retraso en la intervención realizada, ha de decirse, como también señala aquel informe, que no es ajena al propio paciente, que no siguió las indicaciones del facultativo de Urgencias de acudir a su médico de cabecera para seguimiento, sino que esperó 20 días para acudir a él.

Finalmente, en cuanto a las secuelas que persisten, señala aquel informe que son inherentes a la propia lesión, cuya solución es necesariamente quirúrgica, y en el consentimiento informado de la cirugía de reparación de tendón de aquiles, firmado por el interesado el 19 de abril de 2013 consta dentro de las complicaciones más frecuentes "Pérdida de movilidad del tobillo sobre todo para la flexión dorsal".

Por otra parte, el retraso en la intervención no influyó en la complejidad del tipo de cirugía practicada el 24 de abril de 2013, pues, según señala en informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, se realizó una reparación con sutura directa

del tendón ya que los cabos extremos se habían retraído mínimamente y se encontraban cercanos para aproximarlos, no precisando plastias de alargamiento. Consta buena evolución y alta hospitalaria el 25 de abril de 2013.

En todo caso, podría referirse la reclamación por los daños derivados del presunto error de diagnóstico únicamente a los cinco días en los que el interesado fue sometido a tratamiento de antiinflamatorios (Naproxeno 500 mg), no iniciándose en ese momento el procedimiento necesario para la resolución de la verdadera patología que sufría.

Sin embargo, como ya hemos indicado, por ello no cabe imputar responsabilidad alguna a la Administración, pues el diagnóstico en el momento inicial fue conforme con la sintomatología presentada en tal momento por el paciente, siendo la clínica la forma de diagnóstico inicial de la rotura del tendón de aquiles, como, de hecho, ocurrió en Atención Primaria, donde la sintomatología presentada en aquel momento por el paciente condujo al diagnóstico de rotura del tendón de aquiles, luego confirmado por la ecografía realizada en el HUNSC.

Asimismo, en cuanto a la posible incidencia por no haberse inmovilizado y pautado reposo por el facultativo de guardia el 22 de marzo de 2013, el reclamante, en sus alegaciones, tras insistir en los términos de su escrito inicial, añade, con fundamento en el informe pericial de 1 de julio de 2014 que aporta, que ello agravó la patología.

En contra de esta afirmación, señala el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, elaborado el 13 de marzo de 2015 en respuesta a las alegaciones, que resulta difícil entender que la clínica presentada y la exploración practicada requiriera una actuación distinta a la efectivamente practicada consistente en tratamiento médico y recomendación de seguimiento por su médico de cabecera, no quedando justificada tal afirmación ante una sintomatología anodina, banal, inespecífica como corrobora el perito, sin presencia de hematoma ni tumefacción y con ausencia de signos de alarma.

3. Por todo lo expuesto, debe concluirse que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación del interesado al no haber nexo de causalidad entre el daño alegado y la asistencia sanitaria prestada al reclamante. Los daños por los que se reclama no son imputables a una inadecuada actuación de los servicios sanitarios, sino a la propia rotura del tendón de aquiles,

que, en todo caso, fue correctamente diagnosticada y tratada, sin que pudieran evitarse las secuelas.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, por lo que procede desestimar la reclamación presentada por V.M.F.A., en nombre y representación de F.I.H.Q.