



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 0 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 13 de febrero de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 J.D.R., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 13/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado por el afectado, solicitando una indemnización de 138.591,60 euros por los daños que presuntamente le ha causado la asistencia médica recibida del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) que, en virtud de la disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva, y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, 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.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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.

II

1. El reclamante basa su pretensión indemnizatoria en los siguientes hechos. A consecuencia de un accidente de tráfico sufrido en el año 2003, quedó con una monoplejía con hipoestesia en su pierna izquierda, en el mes de mayo de 2007 apareció una callosidad en el borde externo de su pie izquierdo y, concretamente, el 27 de mayo de 2007, se levantó con fiebre alta y la pierna caliente, roja e hinchada, observando que la callosidad supuraba, por lo que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), en el que constataron que tenía una úlcera a nivel de la cabeza del quinto metatarsiano, siendo diagnosticado de «mal perforante plantar». Por ello, fue hospitalizado trece días, siendo tratado con antibiótico endovenoso y curas locales, realizándosele distintas pruebas entre las que la radiografía descartó la osteomielitis. Cuando recibe el alta, se le indica que acuda a su médico de cabecera para continuar siendo controlado y que a la mínima señal de infección acudiese a la mayor brevedad para ser tratado.

En el mes de agosto de 2010, reaparece la úlcera, por lo que acude a su médico de cabecera del Centro de Salud de La Cuesta. La médica que le asiste se limita a derivarlo a una consulta de enfermería en la que se le diagnostica «úlcera plantar que no cierra». En los meses sucesivos no experimenta mejoría porque la médica de Atención Primaria, al considerar que son infecciones de «simple virus», sólo le prescribe tratamientos con antibióticos.

Es derivado al Servicio de Cirugía General del Hospital de San Juan de Dios por una «neoplasia benigna piel miembro inferior» y el 15 de noviembre de 2010, en quirófano, no es posible realizarle la operación solicitada por su médica de familia al

no tenerse certeza de la profundidad de la lesión y sobre si existía o no infección, realizándosele una simple cura e indicándose en el informe de alta que debería ser examinado por un especialista.

Acude nuevamente a su médica de cabecera a fin de ser derivado a un especialista para la correcta valoración de su lesión. Sin embargo, se le remite nuevamente a enfermería donde, tras retirarle los bordes ulcerosos, es remitido a Podología del Centro de Especialidades de La Laguna-Geneto. En dicho Centro, el 12 de julio de 2011, le diagnostican papiloma plantar y es incluido en lista de espera para su extirpación, teniendo que acudir en innumerables ocasiones a su médica de cabecera por fiebre y enrojecimiento de la úlcera.

El 20 de enero de 2012, acude al Servicio de Urgencias del HUC por fiebre alta, inflamación, enrojecimiento de la pierna y supuración de la úlcera. Es valorado por el especialista en Cirugía Vasculat y se le realiza una ecografía. El interesado solicita que se le derive a Medicina Interna, por sus antecedentes de 2007, sin embargo, se le vuelve a indicar que ha de ser la médica de cabecera quien lo haga, prescribiéndole antibióticos.

Acude nuevamente a su médica de cabecera para solicitar que le derive a Medicina Interna y alega que ésta se niega. Por lo que presenta reclamación en el centro de salud y con fecha 28 de febrero de 2012 es derivado.

En abril de 2012, se le empieza a tratar por Medicina Interna del HUC. Tras varias pruebas, el 17 de agosto de 2012, es diagnosticado de úlcera plantar y osteomielitis. Es remitido al Servicio COT «C» para valorar desbridar y quitar el hueso metatarsiano afectado. El 18 de abril de 2012, se le incluye en lista de espera quirúrgica urgente. Se le cita para intervención el 17 de julio de 2012. El 11 de julio de 2012, le comunican que su intervención ha sido suspendida hasta que hubiese disponibilidad de quirófano.

El 17 de octubre de 2012 le realizan biopsia de osteítis en el quinto dedo del pie izquierdo bajo anestesia general. A la vista del resultado y de las nuevas pruebas realizadas, el 18 de diciembre de 2012, el Servicio del COT «B» le diagnóstica de osteítis. El 29 de diciembre de 2012, el afectado es ingresado en Urgencia del HUC permaneciendo hasta el día 2 de enero de 2013, por agravamiento de su estado. El informe del especialista hace constar, entre otras, que su situación guarda relación con osteomielitis no presente en un estudio previo.

El 15 de febrero de 2013, se le practica amputación infrageniana de su pierna izquierda. Recibe el alta el 1 de marzo de 2013.

Por los hechos expuestos, el interesado reclama por un anormal funcionamiento del SCS, al considerar que la médica de familia tardó en derivarle a un médico especialista y porque la demora desde que se le diagnostica la patología hasta que es intervenido podría haber evitado la amputación, habiendo bastado con desbridar y retirar el hueso del dedo del pie que estaba afectado por la osteomielitis.

2. La reclamación fue admitida a trámite mediante Resolución de 19 de marzo de 2014 de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, declarando la suspensión del procedimiento de responsabilidad patrimonial por hallarse causa penal pendiente. En fecha 20 de mayo de 2014, tras la aportación de Auto de fecha 10 de febrero de 2014 dictado por el Juzgado de Instrucción número 1 de La Laguna por el que se archivan las Diligencias previas 2784/2013, se emite nueva Resolución que deja sin efecto la suspensión del procedimiento y ordena la realización de cuantos actos sean necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución. Asimismo se solicita del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del Servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, quedando suspendido el plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que medie entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

3. Con fecha 4 de julio de 2016, se emite el informe del SIP. Igualmente obran en el expediente la copia de la historia clínica del paciente, el informe preceptivo del Jefe de Servicio de Medicina Interna del HUC, informe del Jefe del COT del HUC, informe de la facultativa del Centro de Salud de la Cuesta y el informe médico forense emitido en las Diligencias previas anteriormente señaladas.

4. El órgano instructor acuerda abrir el período probatorio, admitiendo fundadamente la documental propuesta por el reclamante obrante en el expediente y la propuesta por el Servicio de Inspección y Prestaciones.

Consta acuerdo sobre el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, presentando el interesado escrito de alegaciones en fecha 2 de septiembre de 2016.

Además se solicita informe complementario del SIP con la finalidad de determinar si fue excesivo o se encontraba dentro de los límites aceptables en atención a la enfermedad del paciente el tiempo de espera transcurrido desde la

inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica hasta el día de la intervención y, en su caso, si sería una pérdida de oportunidad pudiendo haberse evitado la amputación de la pierna izquierda. En consecuencia, el 10 de noviembre de 2016, el SIP emite el informe complementario solicitado.

Se otorga al reclamante nuevo trámite de vista y audiencia presentado alegaciones el 15 de diciembre de 2016.

5. En fecha 3 de enero de 2017, se emite la Propuesta de Resolución por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la reclamación, tras haber sido informada ajustada a Derecho por la Asesoría Jurídica Departamental [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero].

6. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la citada Ley.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por el interesado al considerar que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.

2. El interesado reclama por una supuesta mala práctica médica centrada, por un lado, en la asistencia sanitaria a nivel de atención primaria, por no remisión a un especialista, y por otro lado, en la tardanza de estos especialistas en practicar la intervención y tratamientos debidos, lo que, a entender del reclamante, condujeron a la amputación infrageniana del MII. Indica, además, que ello se hubiera evitado de haber sido objeto de una remisión a especialista en tiempo y de una intervención más precoz.

3. La historia clínica obrante en el expediente, a la que nos remitimos, deja constancia de la asistencia sanitaria prestada al paciente y de todos aquellos datos que bajo criterio médico permiten el conocimiento veraz y actualizado del estado de

su salud. Por tanto, acredita la secuencia de hechos de asistencia médica que el paciente recibe del SCS, y que igualmente se exponen los distintos informes médicos preceptivos emitidos en este procedimiento.

- El paciente sufre un accidente en el año 2003 que le ocasiona, entre otros, lesión irreversible del tronco ciático común izquierdo con afectación de sus ramas ciático poplíteo externo y tibial posterior con monoparesia y anestesia de miembro inferior izquierdo.

- En ese momento sufre isquemia aguda en MII que mejoró tras bypass de safena. También se describe en la Historia Clínica seguimiento por Cirugía Vascular. Secundario a la referida lesión debuta con dolor crónico neuropático siendo seguido por la Unidad del Dolor y ha requerido la participación del Servicio de Neurocirugía por dolor neuropático crónico refractario al tratamiento. El carácter crónico se refleja, entre otros, en informe de la Unidad del Dolor de fecha 17 de marzo de 2009 que expresa «al tratarse de dolor neuropático por desaferentación la evolución futura será la misma que hasta ahora, con remisiones parciales y exacerbaciones del cuadro algico».

- Además, secundario a la afectación neuropática del pie presentó úlcera neuropática o mal perforante plantar en cuya evolución han participado los servicios de Traumatología, Cirugía General, Medicina Interna y Cirugía Plástica.

- Después de un proceso de úlcera en pie izquierdo presentado en el año 2007, acude en fecha 17 de agosto de 2010 a su médico de familia por reaparición de úlcera en miembro inferior, siendo derivado de forma urgente al Servicio de Cirugía General.

- El día 4 de agosto de 2010, la Dra. M. -médico de familia- vuelve a realizar la solicitud de interconsulta a Cirugía dado que el afectado no asistió a la cita.

- Es valorado por el Servicio de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios en noviembre de 2010, confirmándose el diagnóstico por el que había sido derivado, realizándosele un curetaje de la úlcera e indicando que debe ser derivado al especialista pero el actor no vuelve a acudir a la consulta de Atención Primaria hasta el 19 de enero de 2011 y lo hace para repetición de recetas, no constando que le hiciera entrega de documentación alguna a su médico.

- En el desarrollo de su estado clínico, el paciente camina ayudado por una férula y un bastón, pero no siente dolor. En el plazo primero de 4 años, se van

sobrecargando los tejidos, huesos y articulaciones que se van deformando lo que predispone a la infección.

- En mayo de 2007 se abre por primera vez un mal perforante plantar con secreción purulenta. Se trata de una lesión ulcerosa y supurativa relacionada directamente con la insensibilidad.

- En los años siguientes, desde el 2007 hasta el 2013, el proceso sigue en activo supurando de forma intermitente. Las radiografías, gammagrafía ósea y RNM muestran de forma progresiva la deformidad de los tejidos y la osteomielitis del 5º metatarsiano llegando a afectar a la articulación metatarso falángica. Pese a repetidos cultivos y tratamientos antibióticos el enfermo no mejora siendo necesaria la amputación.

4. En atención a la asistencia recibida por la médica de familia, los informes médico forenses demuestran que el afectado asistió de manera regular a las consultas de Atención Primaria del Centro de Salud de La Cuesta desde el 22 de mayo de 2008 al 3 de septiembre de 2013, siendo la primera asistencia realizada por la Dra. M. el día 17 de agosto de 2010. Ese día el afectado fue derivado por dicha médica al Servicio de Cirugía de manera urgente para valoración de la úlcera plantar de varios años de evolución que no cierra y le prescribe tratamiento. El día 4 de agosto de 2010, la doctora vuelve a realizar la solicitud de interconsulta a Cirugía al no haber asistido a la cita anterior el afectado. Es valorado por el Servicio de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios en noviembre de 2010, confirmándose el diagnóstico por el que había sido derivado, realizándosele un curetaje de la úlcera e indicando que debe ser derivado al especialista pero el afectado no vuelve a acudir a la consulta de Atención Primaria hasta el 19 de enero de 2011 y lo hace para repetición de recetas, no constando que le hiciera entrega de documentación alguna a su médica.

Posteriormente, es intervenido quirúrgicamente a causa de una eventración abdominal por lo que es atendido por el personal de enfermería para la retirada de las grapas, y es valorado por la médico de familia por faringitis aguda, siendo asistido en diversas ocasiones por otros profesionales médicos durante los meses de abril y mayo de 2011, no constando en ninguna de sus asistencias referencia alguna de padecer síntomas a nivel del pie izquierdo.

A continuación, sigue siendo atendido de manera regular por la Dra. M. No es hasta el día 28 de febrero de 2012 cuando es diagnosticado de una infección en la

úlceras del miembro inferior izquierdo tras haber sido valorado en el Servicio de Urgencias del HUC por el Servicio de Cirugía Vasculat. Por lo que la médica de familia lo deriva al de Medicina Interna, prescribiéndosele tratamiento.

Se constata que paralelamente, el afectado seguía controles por los Servicios de Unidad del Dolor, Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Vasculat, sin que conste en los controles médicos que el interesado hiciese referencia a síntoma o dolencia de su MII.

De todo lo anterior, se desprende que en las ocasiones en las que el afectado solicitó asistencia médica a la Dra. M. en relación a su patología en el miembro inferior izquierdo, dicha profesional le prescribió tratamiento y le derivó a los Servicios de Cirugía y Medicina Interna para valoración.

Por lo demás, todos los informes médicos determinan que tanto el diagnóstico, los síntomas, como los tratamientos pautados fueron los correctos, coincidiendo entre sí. Por tanto, aunque el afectado pretenda sembrar dudas sobre la exploración realizada por los médicos de atención primaria, ello no sólo no ha sido probado sino que en la documental médica no existe razón alguna para no creer en la veracidad de lo expuesto por los facultativos que asistieron al paciente.

5. En atención a la evolución de la enfermedad descrita, el Jefe de Servicio de Medicina Interna indica que el problema fundamental es la falta total de sensibilidad dolorosa y artrocinética como consecuencia de la lesión irreversible del nervio ciático, ya que la sensibilidad indicada evita posturas anormales que pueden sobrecargar y dañar las articulaciones y los huesos. Razón por la que el enfermo no mejoraba.

Por su parte, el Jefe de Servicio del COT en su informe coincide con lo indicado por el Jefe de Servicio de Medicina Interna, al confirmar que el mal perforante plantar es una patología tórpida, de evolución crónica que cursa con infección del pie originada por el déficit neurológico debido al accidente de tráfico, y que todos los hechos clínicos que se exponen en la reclamación y en la historia clínica son típicos de la evolución de un mal perforante plantar. Por lo que atribuye la causa de su enfermedad a la lesión irreversible del nervio ciático que produce insensibilidad de todo el pie y consecuentemente incapacidad para el control del apoyo. Este apoyo, sin sensación de daño en el pie, produce una callosidad que evoluciona, irremediabilmente en el tiempo, en una úlcera y osteomielitis que a pesar de los cuidados y desbridamientos, en la mayoría de los casos termina en amputación.

El informe médico forense indica que el mal perforante plantar padecido por el afectado se produce como consecuencia de una afectación neuropática del pie que, entre otras, puede ocurrir por lesiones traumáticas, y que la afectación nerviosa puede ser a nivel motor, sensitivo y autonómico. En el presente caso la neuropatía sensorial vuelve al pie insensible. Las personas que tienen una sensación normal en sus pies modifican la posición de los mismos cuando existe un aumento de presión en determinada zona. En el paciente con neuropatía esto no ocurre así y esta presión mantenida sobre una región anatómicamente alterada constituye un factor lesivo de primera magnitud. La neuropatía autónoma conduce a una ausencia de sudoración y a una piel seca que es menos flexible y por tanto más susceptible de ulcerarse.

6. En relación al retraso en la aplicación del tratamiento como la causa de la amputación, se debe determinar si hubo mala praxis médica por parte los facultativos que asistieron al paciente en un primer momento -básicamente, por parte de la médico de familia-, y si, en caso de existir, ésta ocasionó un agravamiento en la lesión y consecuentes secuelas que el paciente ha sufrido por la enfermedad padecida, y, en su caso, la pérdida de oportunidad advertida.

El reclamante sostiene que determinada sintomatología que sufría no fue debidamente apreciada por la Dra. M. ni tomada en cuenta para hacer su diagnóstico y derivación a un especialista. Sin embargo, por las razones ya expuestas, se ha acreditado que la actuación de la médica de familia fue correcta.

Igualmente, ha quedado constatado que en todo momento los facultativos que asistieron al enfermo intentaron salvar la pierna mediante la utilización de los distintos medios médicos disponibles tanto antes como después de ser diagnosticado del mal perforante plantar en la pierna izquierda. Sin embargo, dada la lesión completa del nervio ciático ya era previsible el desenlace de la enfermedad, por su evolución tórpida, que finalmente requirió la amputación infrageniana.

El informe complementario del SIP, sobre si la interconsulta debió ser realizada por el Servicio de Medicina Interna, indica que no encuentra relación entre esta interconsulta y la evolución posterior de la úlcera neuropática.

El periodo que media entre la fecha del diagnóstico por imagen de osteítis -abril de 2012- y la fecha de la intervención -el 15 de febrero de 2013- no influyó en la amputación final. La gammagrafía de 16 de abril de 2012 manifestaba signos de osteítis, por lo que el Servicio de Medicina Interna recomendó antibioterapia y valoración por el Servicio de Traumatología para estudiar desbridar y quitar hueso

afecto y posteriormente solicitar nueva cita con Medicina Interna tras el alta. En la historia clínica se recoge que en el periodo referido, el paciente sí fue intervenido, realizándose desbridamiento y extrayéndose hueso, en la intervención de fecha 17 de octubre de 2012 bajo el diagnóstico de osteítis de la cabeza del 5° MTT pie izquierdo y celulitis en la cual se practica resección de trayecto fistuloso sobre cabeza de 5° MTT pie izquierdo, bursectomía y resección mitad plantar de cabeza de 5° MTT, permaneciendo ingresado durante el periodo 16-23 de octubre de 2012 (folios del expediente números 259 y 273).

A pesar del control, tratamientos, limpiezas quirúrgicas y pruebas efectuados por los distintos facultativos del Servicio de Traumatología, Servicio de Medicina Interna, y Servicio de Cirugía General, sin embargo, en la RM de 17 de diciembre de 2012 se objetiva progresión del proceso infeccioso en la base del 5° MT en relación con presencia de osteomielitis y artritis metatarsofalángica no presentes en la prueba realizada en abril de 2012. Por lo que, en fecha 15 de febrero de 2013, se practica amputación infrageniana MII, con diagnóstico de pie deformado, neuropático con articulación de Charcote, osteomielitis y mal perforante plantar.

7. Se considera que la actuación de la médico de familia fue correcta al constar la derivación de paciente a distintos Servicios especializados del HUC a efecto de que el afectado fuese valorado oportunamente de su enfermedad, sin que, por lo demás, se haya observado actuación alguna de la médica de atención primaria calificable como contraria a la *lex artis ad hoc*.

8. Por lo que se refiere a la demora quirúrgica que se alega, de acuerdo con lo informado por los Servicios de Medicina Interna, Cirugía Ortopédica, Cirugía Vasculor y de Inspección y Prestaciones, coincidentes con la historia clínica obrante en el expediente -pruebas practicadas, radiografías, gammagrafías y RMN-, acreditan que nos encontramos ante un daño producto de la propia enfermedad del paciente siendo determinante la patología de base, por lo que pese a los tratamientos correctamente aplicados fue necesaria la amputación indicada dada la evolución tórpida de la misma.

En consecuencia, no se observa una mala praxis médica o pérdida de oportunidad que pudiera relacionarse con una tardanza en la remisión a especialista, ni en la intervención, pues se ha acreditado que el paciente fue tratado correctamente de su dolencia toda vez que recibió tratamiento antibiótico así como curas, intervenciones y desbridamientos, fue tratado en todo momento intentándose salvar la pierna mediante la aplicación de tratamientos previos a una amputación, practicándose las

pruebas diagnósticas precisas acordes con el estado de salud de la pierna del paciente y su evolución, recibiendo la asistencia oportuna de los facultativos que integran el SCS.

9. La asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Por tanto, en el presente caso el funcionamiento del servicio público sanitario no puede tacharse de incorrecto o negligente, al haber puesto todos los medios disponibles para evitar la amputación del MI del paciente sin que, por la propia patología de base, se hubiese podido conseguir.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación presentada se considera conforme a Derecho, al no existir nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado por el afectado.