



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 26 de julio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 230/2017 IDS)\*.*

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS) iniciado por (...), que actúa representado por el abogado (...), en solicitud de una indemnización de 52.769,03 euros por las lesiones que, según alega, le causó la deficiente intervención quirúrgica que le practicaron el 22 de marzo de 2011 los cirujanos del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Canarias (HUC) dependiente del 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 Excmo. Sr. 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); la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre,

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

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

4. 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.

La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de Salud, según el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima LPACAP, el presente procedimiento se rige por el 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. Conforme al art. 13.3 RPAPRP 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, aun vencido dicho plazo, está obligada a resolver expresamente, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan.

Así, consta en el expediente que, tras cumplir el interesado el requerimiento para su subsanación, la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular el preceptivo informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP) y que está representado por el informe del Servicio de Traumatología del HUC.

También se solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, para que a la vista de la Historia Clínica de la paciente, del escrito de reclamación y de los informes médicos emitidos, analizara la existencia o no de nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada al paciente y las lesiones que se aducen. Se practicó la prueba testifical propuesta y, finalizada la instrucción del procedimiento, se abrió el preceptivo trámite de vista del expediente y audiencia en el cual el representante del interesado formuló alegaciones reiterando la pretensión resarcitoria.

Se redactó por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la propuesta de resolución, de sentido desestimatorio de la reclamación, que fue sometida a informe a la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias (aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero). El 6 de mayo de 2017 se emitió este informe que consideró la propuesta de resolución conforme a Derecho.

En definitiva, no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obsten a un Dictamen de fondo.

## II

1. El fundamento fáctico de la pretensión es el siguiente:

(...) fue intervenido quirúrgicamente el día 22 de marzo de 2011 en el Hospital Universitario de Canarias, por inestabilidad de sindesmosis de tobillo derecho. Fue reintervenido el 4 de febrero de 2012 por inespecífico astragalino con sensación subjetiva de inestabilidad. Se le realizó artroscopia de tobillo, que evidenció una ligera proliferación sinovial, para luego retirarle el tornillo que fijaba la plastia tendinosa realizada en la cirugía anterior.

El reclamante presenta pérdida de movilidad y dolores constantes en el tobillo derecho que no mejoran con el paso del tiempo, presentando limitaciones para tareas de moderados esfuerzos, bipedestación y deambulación.

El 13 de septiembre de 2012 inició un proceso de incapacidad permanente con el diagnóstico de inestabilidad de la sindesmosis tibioperonea derecha, puesto que no presentaba mejoría del cuadro clínico, sufriendo dolor generalizado y más localizado aun en la región del ligamento lateral externo. Desde entonces ha recibido asistencia sanitaria, estando impedido para realizar su trabajo habitual, por lo que se le

reconoce el derecho a percibir la prestación correspondiente a su incapacidad permanente.

Al 28 de mayo de 2013, el reclamante había mejorado la funcionalidad de la articulación tibio-peroneo-astragalina derecha, persistiendo el dolor en la inserción del tendón de Aquiles derecho, en borde externo del pie derecho y región anterior del tobillo

El 27 de septiembre de 2013, la Dirección Provincial de Santa Cruz de Tenerife del Instituto Nacional de la Seguridad Social, revisó su situación de incapacidad permanente total por no constatarse una pérdida de su capacidad laboral que le imposibilite realizar las tareas esenciales de su profesión habitual. Sin embargo, no han dejado de concurrir las causas que dieron lugar al proceso de incapacidad permanente, ni se ha producido la curación, ni tan siquiera la mejoría necesaria para reincorporarse a su puesto de trabajo. El reclamante considera que al no haberse producido mejoría en su estado de salud, y estando mermadas sus condiciones físicas, no se encuentra apto para desempeñar su trabajo.

2. El reclamante ha aportado un informe médico, de 11 de mayo de 2015, suscrito por el doctor (...), con el siguiente tenor:

«Paciente intervenido en el año 2011 de una inestabilidad crónica de la sindesmosis del tobillo derecho, mediante plastia con tendón peroneo lateral corto. En la actualidad sigue con dolor, inestabilidad del pie al apoyo y dificultad para la flexión dorsal del pie.

En nuestra opinión la inestabilidad está producida por la pérdida del peroneo lateral y la disminución de la flexión por un aumento de tensión de la plastia tendinosa.

Se le ha informado que la inestabilidad al apoyo la va a tener siempre, pero se puede mejorar la flexión del pie con un alargamiento del gemelo interno o del tendón de Aquiles. Tampoco es descartable una revisión quirúrgica de la plastia».

3. También ha aportado la Sentencia 186/2015, de 9 de abril, del Juzgado de lo Social N° 7 de Santa Cruz de Tenerife de 2015 que anuló la Resolución, de 27 de septiembre de 2013, de la Dirección Provincial de Santa Cruz de Tenerife del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la se revisó su situación de incapacidad permanente total.

En esa Sentencia se afirma que la inestabilidad de sindesmosis fue tratada quirúrgicamente con éxito y que la única patología objetivada en el pie derecho por el médico forense con base en un estudio de tomografía axial computerizada estriba

en una ligera atrofia del vientre muscular con respecto al izquierdo. Pero que el actor presentaba dolor e impotencia funcional a causa de que adolecía de angioma cavernoso a nivel cervical C2-C3, por lo que se consideraba que no tenía capacidad suficiente para el ejercicio de su profesión habitual de operario de ayuntamiento, por lo que debía ser estimada la demanda (Fundamentos de Derecho III y IV en relación con los Antecedentes de Hecho VI, VII y VIII). La Sentencia, de 24 de mayo de 2016, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, con sede en Santa Cruz de Tenerife, desestimó el recurso de suplicación 669/2015, interpuesto por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, frente a la citada Sentencia, por lo que ésta devino firme.

4. En la prueba testifical practicada a instancias del reclamante y consistente en la declaración del doctor (...), facultativo del Servicio de Rehabilitación del HUC, que atendió a (...) durante el periodo que estuvo en rehabilitación, el médico declara que:

«Constan visitas al Centro de Icod desde el 17 de marzo de 2010 en el que el paciente refiere una caída casual hace aproximadamente cinco meses jugando al fútbol, y refiriendo dolor en el tendón de Aquiles y en el maleolo externo del tobillo derecho. Hay una resonancia de enero 2010, antes de las intervenciones, que se informa como desgarró parcial de fibras tibioastragalinas posteriores del ligamento deltoideo, uno de los ligamentos de la parte interna del tobillo. También se refiere en la resonancia tendinosis del tendón de Aquiles derecho, leve tenosinovitis del tendón del flexor largo del primer dedo del pie derecho y desgarró completo del ligamento tibio-peroneo derecho con cambios inflamatorios adyacentes. Este ligamento es uno de los que estabiliza la sindesmosis del tobillo. El 17 de marzo de 2010 se indica tratamiento de fisioterapia. Es intervenido el 22 de marzo de 2011 y en la cirugía se realizó la plastia del peroneo lateral corto a la tibia con dos implantes panalock, sin incidencias. Se le colocó una férula de yeso y evolucionando de forma adecuada, se le da el alta de hospitalización por el Servicio de Traumatología, Esta cirugía se realiza por una lesión de la sindesmosis del tobillo derecho que según consta en su historial clínico del Centro de Atención Especializada de Icod, ya presentaba tras la primera consulta en 2010 y que se especifica en la resonancia magnética de tobillo derecho de enero de 2010».

A instancias del abogado del interesado, el facultativo también explica:

a) Que el acortamiento moderado del tendón de Aquiles que presenta el paciente es frecuente en el tipo de lesión por la que fue atendido.

b) Que se le dio el alta en rehabilitación porque se había logrado una estabilización de la movilidad del tobillo, alcanzando la máxima mejoría posible con

los recursos de rehabilitación y fisioterapia; que se le dio el alta a pesar de la persistencia del dolor en el pie derecho porque ese dolor lo presentaba desde la primera consulta en 2010, y no se controla con ninguno de los tratamientos de rehabilitación, por lo que se le derivó a la Unidad del Dolor para un mejor control del dolor y uso de otros fármacos o técnicas que son de competencia de dicha Unidad. Además, se remitió a Traumatología.

c) Que la sindesmosis no es una patología, sino un tipo de articulación normal, articulación fibrosa que une huesos separados por una distancia un poco amplia, uniéndola con ligamentos, membranas u otros tejidos conectivos. La sindesmosis tibioperonea del tobillo derecho tiene una serie de estructuras que estabilizan dicha articulación. Esa sindesmosis mantiene su estabilidad gracias a los ligamentos tibio-peroneos, al ligamento interóseo entre la tibia y el peroné, al ligamento transverso inferior entre tibia y peroné y la membrana interósea entre la tibia y el peroné.

d) Que el paciente presentaba inicialmente es una lesión de la sindesmosis tibio-peronea derecha, cuya funcionalidad ha mejorado, pero esto no supone la cura, supone mejoría de la inestabilidad de la sindesmosis tibioperoneo derecha.

A la pregunta de por qué persistía el dolor en el paciente, explica que el dolor es algo que refiere el paciente y que no se puede medir. Que el paciente fue valorado por un neurocirujano, el 14 de noviembre de 2011, por un hemangioma cavernoso intramedular, situado en los cordones posteriores en el nivel cervical C2-C3, y en su informe refiere disminución de la sensibilidad vibratoria en ambas piernas, de predominio izquierdo y también se refiere que el dolor ocasionado por el frío está muy alterado con umbral doloroso muy bajo para este tipo de dolor. En este informe, se refiere que puede interpretarse el dolor del enfermo en el sentido de que tiene una lesión de cordones posteriores responsable del bajo umbral doloroso.

A la pregunta de si el dolor es una secuela de la operación contesta que es una posibilidad pero que el paciente tenía dolor de características similares y en la misma zona desde marzo 2010 antes de la intervención.

5. El preceptivo informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP) que está representado por el informe, de 16 de octubre de 2014, del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUC que refiere lo siguiente:

«Paciente que el día 06.09.2010 es incluido en Lista de Espera Quirúrgica por el Dr. (...) con el diagnóstico de Inestabilidad tibio-peronea astragalina tras lesión traumática sufrida cuando jugaba al fútbol.

El día 22.03.2011, fue intervenido por el Dr. (...) y la Dra. (...), realizándose reconstrucción con plastia de peroneo lateral corto, que es la técnica habitual para la reconstrucción de las inestabilidades del tobillo.

Como el paciente continuó con molestias en cara externa del tobillo, se realizó por parte del Dr. (...), el día 04.10.2012, Cirugía artroscópica de tobillo y retirada del material de osteosíntesis.

Ha hecho seguimiento en la Consulta Externa de Traumatología, persistiendo cuadro del dolor, sin inestabilidad clínica del tobillo, por lo que con fecha de 18.07.2014, tras segunda opinión del Dr. (...), fue dado de alta por el Dr. (...) con las Secuelas ya reseñadas, de Dolor y Rigidez de Tobillo.

En relación a la pregunta A, las secuelas reclamadas están relacionadas con el traumatismo inicial sufrido por el paciente mientras practicaba el fútbol. A pesar de ser intervenido, no se ha conseguido eliminar el dolor residual y, dada la falta de evolución favorable y tras consulta con otros especialistas, es dado de alta de Consultas Externas en la fecha arriba indicada».

6. En la Historia Clínica del paciente obra el informe clínico, de 1 de septiembre de 2014, donde el traumatólogo que lo suscribe expresa:

«Paciente varón de 33 años de edad, que es intervenido el día 22 de marzo de 2011 de inestabilidad de tobillo derecho.

En la última revisión, el día 13 de junio de 2011, el tobillo era estable con buena movilidad.

Se remite al paciente a Rehabilitación».

7. En la Historia Clínica del paciente obra el informe clínico de 14 de octubre de 2014 donde el traumatólogo que lo suscribe expresa:

«Paciente varón, operado de tobillo derecho el día 22.03.2011 por el Doctor (...) y la Dra. (...).

Actualmente, el tobillo es estable, pero refiere dolor de la sindesmosis tibioperonea».

8. En el expediente también obra el informe, de 14 de noviembre de 2011, de un neurocirujano cuyo tenor es el siguiente:

«(...), de 33 años, consulta por un cuadro de "dolores en toda la espalda" que últimamente son más pronunciados en trapecio, brazo y pierna izquierdos. Lo siente por las noches y a veces los dolores son en forma de punzadas.

Operado de ligamento de tobillo derecho hace 7 meses, por el que continua de baja. Es alérgico a Penicilina, está operado de estrabismo 2 veces y de hernia inguinal. Ha sido diagnosticado de hemangioma cavernoso intramedular C2-3. Ha sido diagnosticado también de ligera escoliosis lumbar y tiene una espina bífida oculta sacra.

El examen neurológico es normal, excepto por disminución de la sensibilidad vibratoria en piernas, sobre todo la izquierda.

Tiene una RM de columna cervical en la que se observa la imagen del hemangioma situado en cordones posteriores a la altura de C2-3. La RM Lumbar es normal.

Se realizó un QST (Test Cuantitativo de Sensibilidades) apreciándose los siguientes resultados: Sensibilidad táctil, normal. Percepción de frío y calor, normales. Dolor ocasionado por el Frío: Muy alterado, con umbral doloroso muy bajo para ese tipo de dolor. Vibración: muy disminuida en lado izquierdo del cuerpo, sobre todo en tibia y metatarso izquierdos.

Puede interpretarse el problema del enfermo en el sentido de que tiene una lesión de cordones posteriores responsable del bajo umbral doloroso (ha sido en una ocasión diagnosticado de Fibromialgia).

El problema no tiene tratamiento específico. Puede intentarse tratamiento con Amitriptilina que suele elevar el umbral doloroso».

9. La Historia Clínica incluye el informe clínico, de 11 de marzo de 2015, que suscribe un facultativo del Servicio de Neurocirugía del HUC, donde se explica lo siguiente:

«El enfermo de 37 años conocido del Servicio de Neurocirugía por presentar un tumor vascular (angioma cavernoso) a nivel cervical superior (C2) para el que se ha desaconsejado tratamiento quirúrgico dado del alto riesgo de tetraplejía residual.

La clínica principal que le produce se acompaña de dolores neuropáticos tanto en columna vertebral como irradiados a los cuatro miembros.

Está en tratamiento farmacológico en la Unidad del Dolor y a pesar de la politerapia (Tramadol, Tryptizol, Lyrica, Sirdalud) sólo ha experimentado moderada respuesta.

Es característico que estos dolores se incrementen con los esfuerzos mecánicos y posturales por lo que el paciente debería ejercer labores que no supongan una sobrecarga física moderada».

10. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones relata lo siguiente:



«2.- En fecha 5 de septiembre de 2009 sufre lesión traumática en pie derecho jugando al fútbol.

3.- Acude al Hospital Universitario de Canarias en fecha 6 de septiembre de 2010 presentando dolor en el tobillo derecho, de un año de evolución, tras trauma jugando a la pelota.

Aporta RM de fecha 8 de enero de 2010 en la que se objetiva: desgarro del ligamento deltoideo posterior (desgarro parcial de las fibras tibio-astragalinas posteriores del ligamento deltoideo), tendinosis del tendón de Aquiles, desgarro de la sindesmosis anteco-inferior (desgarro completo del ligamento tibio-peroneo antero-inferior con cambios inflamatorios adyacentes), tenosinovitis del flexor largo del primer dedo, hipertrofia del tubérculo posterolateral del astrágalo.

Diagnosticado de inestabilidad tibioperonea distal se propone plastia tibial posterior distal.

4.- En Fecha 22 de marzo de 2011, bajo el diagnóstico de inestabilidad de la sindesmosis de tobillo derecho, es intervenido en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) practicándose reconstrucción con plastia de peroneo lateral corto a tibia.

5.- En informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) de 1 de septiembre de 2011 consta que en la última revisión de junio de 2011 el tobillo era estable con buena movilidad.

El 14 de octubre de 2011 se informa, por el mismo Servicio, de tobillo estable pero que el paciente refiere dolor en la sindesmosis tibioperonea.

6.- En control en el Servicio COT del HUC en fecha 19 de abril de 2012:

Refiere que tras la intervención quirúrgica nunca fue bien, que nota dolor en tobillo al forzarlo y en descenso de pendientes.

A la exploración: movilidad completa, neurovascular correcto.

JD: Lesión inveterada de sindesmosis tobillo derecho.

En RM de fecha 10 de mayo de 2012: artefactos de susceptibilidad magnética por material de osteosíntesis en articulación tibioperonea derecha, con mínimo derrame articular. Pequeña lesión osteocondral en la cúpula astragalina, sin edema óseo adyacente. Integridad del ligamento peroneoastragalino anterior. No se visualiza adecuadamente el ligamento peroneoastragalino posterior, lo que podría traducir esguince crónico del mismo.

En radiografías en carga y mortaja valoradas en consulta de 17 de mayo de 2012: no signos de inestabilidad de la sindesmosis.

En consulta de 31 de mayo, se expresa que clínicamente hay dolor en el seno del tarso y cara anterior del tobillo. Se propone retirada de material, artroscopia e infiltración del seno del tarso.

En informe de fecha 28 de agosto de 2012 de COT del HUC elaborado para trámite de incapacidad; "Actualmente se encuentra incapacitado para la realización de trabajos que supongan movilidad extrema de tobillo así como deambulación prolongada".

7.- En fecha 4 de octubre de 2012 es intervenido bajo el motivo de dolor inespecífico astragalino con sensación subjetiva de inestabilidad.

En Rx preoperatoria: túneles transperoneales de la plastia tendinosa fijada con tornillo de esponjosa rosca parcial en tibia.

RM: sin hallazgos significativos.

Se realiza, primero artroscopia de tobillo que evidencia ligera proliferación sinovial, no evidenciando otras lesiones intra-articulares que justifiquen las molestias referidas, se realiza sinovectomía y lavado articular.

En un segundo tiempo se procede a retirada de material -tornillo de esponjosa que fijaba la plastia tendinosa realizada en cirugía anterior mediante abordaje anterior mínimo- por no mejoría de cuadro clínico, dolor generalizado más localizado en región del ligamento lateral externo.

8.- En fecha 9 de noviembre de 2012 el Servicio de COT del HUC lo remite al Servicio de Rehabilitación.

BA activo del tobillo: flexión dorsal -5; flexión plantar 30°.

Balance muscular: Flexores dorsales y plantares de pie a 2+, 345.

Acortamiento moderado Tendón Aquiles derecho.

Dolor en la región perimaleolar interna y externa.

Marcha con un bastón antebraquial.

En fecha 25 de enero de 2013 se remite a la Unidad del Dolor por persistencia de dolor en cara externa del tobillo.

En fecha 8 de mayo de 2013 se habla de inestabilidad ligamentaria y se propone revisión del LLE y refuerzo del mismo. Se informa de posibles secuelas.

9.- En fecha 2 de julio de 2013, acude a (...) refiriendo dolor en tobillo derecho y limitación de la movilidad tras intervención:

A la exploración: Normal, a pesar de varias cicatrices. Pie valgo y limitación a la flexión dorsal.

Se indica valoración de la marcha y plantillas adecuadas.

10.- Es valorado el 12 de julio de 2013 por el Servicio de COT del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, donde acude para segunda opinión.

En ese momento el paciente se encuentra subjetivamente mal con dolor e incapacidad para la deambulaci3n prolongada as3 como para la pr3ctica de deporte. La movilidad es completa y no hay inestabilidad lateral ni de la sindesmosis. Informa el especialista que realiza el informe "Desde mi punto (le vista no veo indicaci3n quir3rgica en este momento".

Se deja anotado: "Desde mi punto de vista hay movilidad completa del tobillo, no hay inestabilidad cl3nica, no lo considero apto para cirug3a. Quiere otra opini3n".

11.- En fecha 6 de agosto de 2013 acude, con cobertura de seguro privado, a Hospital Quir3n.

A la exploraci3n: marcha con abducto ambos antepies. D3ficit DF tobillo. Tobillo estable. Refiere dolor a peroneos y regi3n tibiotalar.

En RM: No lesi3n ocupante de espacio.

Rx en carga: sin hallazgos de inter3s.

Radiograf3as posoperatorias que aporta: tunelizaciones en peron3 y con tornillo de cortical en tibia anterior.

TAC preoperatorio: irregularidad tibioperonea.

Ven conveniente TAC de ambos tobillos para comparativa de ambas tibioperoneas.

En TAC de tobillo-pies de fecha 7 de agosto de 2013 (Quir3n): "Cambios postquir3rgicos secundarios a cirug3a de inestabilidad de las sindesmosis tibioperonea mediante plastia del tend3n del peron3 corto que presenta ligera atrofia del vientre muscular con respecto al izquierdo (al pie izquierdo). Tunelizaci3n del peron3 distal a nivel transindesmal y en la porci3n anteromedial de la tibia distal. No existe apertura de la mortaja."

12.- En valoraci3n en el Hospital Universitario de Canarias en fecha 28 de agosto de 2013:

El paciente ha mejorado la funcionalidad de la articulaci3n tibio-peroneo-astragalina derecha, persistiendo dolor en inserci3n del T. Aquiles, en borde externo del pie y regi3n anterior del tobillo-pie.

BA activo de tobillo derecha: Flexi3n dorsal 12-15°; flexi3n plantar 38°.

Agotados los recursos terap3uticos por el Servicio de Rehabilitaci3n causa alta en dicho Servicio. Estabilizado.

13.- El reclamante hace referencia a Invalidez Permanente, no acreditada en la documentaci3n aportada, al tiempo que tambi3n manifiesta que en fecha 27 de septiembre de 2013 la Direcci3n Provincial del INSS de Santa Cruz de Tenerife revisa su situaci3n "no

constatándose una pérdida de su capacidad laboral de tal magnitud que le imposibilite la realización de las tareas esenciales o fundamentales de su profesión habitual".

14.- En fecha a 9 de mayo de 2014 se solicita RMN para valorar plastia y sindesmosis.

En junio de 2014 causa baja en lista de espera (ligamentoplastia externa) al no estar indicada en esa fase.

En RM de 4 de agosto de 2014: Engrosamiento del ligamento peroneo-calcaneal en relación con rotura antigua del mismo, Laxitud del ligamento peroneo-astragalino posterior, en relación con rotura crónica del mismo. Laxitud del ligamento deltoideo sin importante desestructuración de fibras del mismo (signos únicamente de esguince crónico) por lo que pudiera ser posicional.

Cambios postquirúrgicos en la vertiente anterior de la sindesmosis, con plastia tibio-peronea anterior de las sindesmosis, con cliástasis de la vertiente posterior de la mortaja. Pequeña (5 mm) lesión osteocondral grado I en la vertiente medial del techo astragalino.

Ligamento astrágalo-peroneo anterior y el seno del tarso con una morfología y señal dentro de la normalidad.

Los tendones flexores y extensores presentan una morfología y señal normal.

15.- En anotación en Historia Clínica de Atención Primaria del 11 de marzo de 2016 consta que el paciente fue intervenido en Madrid en fecha 2 de marzo de 2016. Se efectuó revisión de partes blandas: exploración abierta sindesmosis tobillo derecho.

No se ha aportado informe relativo a esta asistencia».

**11.** Tras ese extenso relato de antecedentes médicos se explica lo siguiente:

«El término sindesmosis alude a un tipo de articulación en la cual los huesos están unidos por largas fibras de tejido conectivo que forman el ligamento interóseo. Dada la flexibilidad de esta estructura de unión, la articulación presenta algún ligero movimiento.

Esto es el caso de la articulación objeto de esta reclamación, la unión distal de los huesos tibia y peroné, Esta articulación está unida por diferentes ligamentos como: el ligamento tibioperoneo anteco-inferior, el ligamento interóseo, la membrana interósea, el ligamento tibioperoneo postero-inferior y el ligamento transversal inferior. Se trata de una estructura determinante en la estabilidad del tobillo. De esta forma, las lesiones de la sindesmosis se producen por rotura de uno o varios de estos ligamentos que estabilizan la articulación tibioperonea inferior.

El mecanismo de producción de estas lesiones es el de rotación externa del pie en relación con la tibia. Las lesiones pueden ser solo ligamentosas o asociadas a fracturas del tobillo.

Las lesiones de la sindesmosis inestables precisan de tratamiento quirúrgico para fijar la articulación y reparar los ligamentos.

Entre el 10-30% de los pacientes que han sufrido una inestabilidad lateral de tobillo, desarrollarán una inestabilidad crónica de tobillo debido a la suma de factores como déficit de propiocepción, debilidad muscular, déficit neurológico central o periférico o aumento de la laxitud del LPAA. Donde el paciente refiere dolor y repetitivos fallos articulares aunque las maniobras y tests revelan un tobillo estable».

12. Con base en ese relato y en esa explicación el informe sienta las siguientes conclusiones:

«El reclamante hace referencia a una situación postquirúrgica e incluso menciona "mala praxis" pero no concreta en qué ha consistido esta mala actuación. De esta forma, alude a una situación tras dos cirugías pero, en cambio, no concluye que dicha situación sea secundaria a un acto concreto durante la cirugía.

Sí que observamos a la lectura de la Historia Clínica, que el paciente obvia en su relato que la situación esté relacionada no con una actuación quirúrgica tras una lesión aguda, sino que es consecuencia de la evolución de una lesión crónica tras un traumatismo sufrido en fecha 5 de septiembre de 2009.

El paciente sufre lesión en pie derecho en fecha 5 de septiembre de 2009. Secundario a dicha lesión presentó, en el tiempo, inestabilidad de la articulación tibioperonea distal y dolor.

Así, previo a la consulta en el Hospital Universitario de Canarias se objetivó en RMN -8 de enero de 2010- desgarro del ligamento deltoideo posterior (desgarro parcial de las fibras tibiostagalinas posteriores del ligamento deltoideo), tendinosis del tendón de Aquiles, desgarro de la sindesmosis antero-inferior (desgarro completo del ligamento tibio-peroneo antero-inferior con cambios inflamatorios adyacentes), tenosinovitis del flexor largo del primer dedo, hipertrofia del tubérculo posterolateral del astrágalo.

Por tanto, el reclamante no puede afirmar que esta patología sea secundaria a las intervenciones realizadas posteriormente.

Esta situación antigua, secundaria a la lesión, es el motivo de consulta en el HUC en fecha 6 de septiembre de 2010 y de la indicación, tras los estudios correspondientes, de las intervenciones quirúrgicas (22 de marzo de 2011 y 4 de octubre de 2012) que a pesar de tener como objeto corregir la referida inestabilidad del tobillo hoy son objeto de reclamación.

En cualquier caso, el paciente consulta en el HUC por una patología no aguda sino "de un año de evolución", inveterada (crónica y de difícil curación) con lesiones objetivadas en estudio RM y que ya entonces le provocaban dolor en tobillo derecho.

La técnica empleada, reconstrucción con plastia de peroneo lateral corto, estaba indicada para la patología del reclamante, inestabilidad de tobillo (articulación tibio-peronea-astragalina). Así, informa el Jefe de Servicio de COT HUC "Es la técnica habitual para la reconstrucción de las inestabilidades de tobillo".

Transcurrido aproximadamente un mes y medio de esta intervención, en revisión de fecha 14 de octubre de 2011, e incluso en el estudio de 17 de mayo de 2012, se describe tobillo estable aunque el paciente sigue refiriendo dolor en la referida articulación en los esfuerzos de la misma.

La movilidad se describe completa y la prueba RM (10 de mayo de 2012) objetiva integridad del ligamento peroneoastragalino anterior (desagarrado en prueba previa a la intervención) y orienta a esguince crónico del peroneoastragalino posterior.

Observamos que el paciente tras la primera cirugía no es que presente nueva patología o nuevas molestias sino que continúa con algunas de las existentes previamente.

Fue precisamente la persistencia del dolor referido por el paciente, a pesar de tratamiento quirúrgico, lo que llevó a la indicación de la segunda intervención artroscopia de tobillo. Este procedimiento permite evaluar el interior de la articulación al tiempo de tratar, en su caso, lesiones que pueden ser objetivadas. Se trata de un procedimiento mínimamente invasivo. En este caso se aprovechó para la retirada de material de osteosíntesis.

El paciente presenta finalmente no inestabilidad clínica del tobillo, según informes aportados por el reclamante e información facilitada con motivo de la presente reclamación por el Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, sino persistencia de cuadro de dolor.

En el hecho tercero de la reclamación se expresa "que el trabajador después de dos intervenciones quirúrgicas muestra pérdida de la movilidad y dolores (...)".

Esta afirmación contrasta con la evaluación, en julio de 2012 en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, con ocasión de segunda opinión donde se expresa "movilidad completa y no inestabilidad", sí subjetivamente mal con incapacidad para la deambulación prolongada y práctica de deporte. Se destaca la no necesidad de nueva intervención y que el paciente presenta persistencia del dolor pero no inestabilidad del tobillo.

Las secuelas reclamadas están relacionadas con el traumatismo inicial sufrido por el paciente mientras practicaba el fútbol, nos informa el Jefe de Servicio de COT y este hecho se objetiva en la Historia Clínica al comparar el estado de la articulación (RM) pre y pos cirugía y en la descripción de la sintomatología como persistencia y no sintomatología de nueva aparición tras la intervención y por tanto sin relación con esta última". A pesar de ser intervenido, no se ha conseguido eliminar el dolor residual».

### III

1. En toda pretensión resarcitoria por lesiones personales cuya producción se imputa a negligencia profesional médica el primer requisito imprescindible para su prosperabilidad estriba en que en que se demuestre la realidad de esas lesiones. El segundo requisito fundamental consiste en que se describan y se prueben los actos u omisiones imprudentes y se demuestre cuál era el modelo de actuación al cual no se atuvo el profesional. El tercer requisito esencial radica en que también se pruebe que entre la actuación negligente y las lesiones existe una relación de causa a efecto.

La prueba de estos tres extremos de hecho (daño, negligencia del médico del servicio público de salud y nexo causal) incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En el presente procedimiento el reclamante alega que sufre de inestabilidad en el tobillo derecho y dolor en ese pie. Atribuye la causa de ambas lesiones a la intervención quirúrgica que le practicaron el 22 de marzo de 2011 los cirujanos del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Canarias. Sin embargo, no ha aportado ninguna prueba o informe médico de un especialista que acredite que esas

lesiones son consecuencia de una negligencia profesional de los cirujanos que lo intervinieron y que explique cuál era la actuación adecuada a la *lex artis ad hoc* que, de haberse observado por los cirujanos, habría impedido que se produjeran esas lesiones. Sin la prueba de esa negligencia profesional y de su carácter causal de esas lesiones determina, por este solo motivo, la imposibilidad de la estimación de la presente pretensión resarcitoria; porque la existencia de relación causal es indispensable para que surja la obligación de indemnizar, según el art. 139.1 LRJAP-PAC; y la carga de su prueba, como se acaba de explicar, incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP en relación este último con el art. 217. 2 y 3 LEC.

2. Los informes médicos que obran en la Historia Clínica acreditan que el reclamante no presenta inestabilidad en el tobillo derecho. La Sentencia 186/2015, de 9 de abril, del Juzgado de lo Social N° 7 de Santa Cruz de Tenerife recoge que el médico forense no ha constatado más patología en el pie derecho del reclamante que una ligera atrofia del vientre muscular, no una inestabilidad en el tobillo. Como se explica en el informe de la facultativo del Servicio de Inspección y Prestaciones, entre el diez y el treinta por ciento de los pacientes que han sufrido una inestabilidad lateral de tobillo, desarrollan una inestabilidad crónica de tobillo debido a la suma de factores como déficit de propiocepción, debilidad muscular, déficit neurológico central o periférico o aumento de la laxitud del LPAA, aunque las maniobras y exámenes médicos revelen un tobillo estable. Esta secuela por la que se reclama es una consecuencia de la lesión que sufrió el paciente propiciada por su idiosincrasia, no de la intervención quirúrgica, la cual se realizó correctamente porque alcanzó su objetivo terapéutico, que consistía reconstrucción con plastia del ligamento desgarrado. Este éxito terapéutico está acreditado por una prueba médica objetiva como es la resonancia magnética nuclear: La que se le realizó el 8 de enero de 2010, con anterioridad a la operación, mostraba ese ligamento desgarrado. La que se le realizó el 10 de mayo de 2012, con posterioridad a la operación, muestra la integridad del ligamento.

3. En cuanto a la persistencia del dolor los informes de los neurocirujanos que se han transcrito en los apartados 8 y nueve del Fundamento anterior recogen que el paciente les refiere dolor en la espalda y en los cuatro miembros. El dolor por tanto no se limita al pie intervenido. Esos informes explican que el dolor es causado por un tumor vascular (angioma cavernoso) a nivel cervical superior (C2-C3) que ha causado una lesión de cordones posteriores. Esa patología no puede ser abordada quirúrgicamente por el alto riesgo iatrogénico de tetraplejia, motivo por el cual el paciente es tratado en la Unidad del Dolor.



4. Está demostrado que las lesiones por las que se reclama no han sido causadas por negligencia profesional alguna de los cirujanos del SCS que intervinieron al interesado el 22 de marzo de 2011 en el Hospital Universitario de Canarias; sino que una, la inestabilidad del tobillo, no existe objetivamente, y que la otra, el dolor que está presente en los cuatro miembros, está causado por una patología vertebral que no tiene más tratamiento que el paliativo. Por consiguiente, la pretensión resarcitoria carece de fundamento fáctico.

## C O N C L U S I Ó N

La propuesta de resolución, dirigida a la desestimación de la pretensión resarcitoria de (...), resulta conforme a Derecho.