



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 270/2021

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de mayo de 2021.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 250/2021 IDS)**.

FUNDAMENTOS

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 el 11 de octubre de 2019, a instancia de la interesada, como consecuencia, presuntamente, de los daños causados por la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

2. La reclamante solicita una indemnización de 50.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería 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 con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la citada Ley 11/1994.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva. Sin que, por lo demás, se aprecie extemporaneidad de la reclamación.

Concretamente se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños presuntamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

En cuanto a la legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, actuando a través del Servicio Canario de la Salud (SCS).

La reclamación no es extemporánea, pues se ha presentado dentro del plazo de un año previsto en el art. 67.1 LPACAP, ya que se presentó el 11 de octubre de 2019, respecto de un daño determinado el 12 de octubre de 2018.

II

1. La interesada alega en su escrito de reclamación inicial que:

« (...) a partir de la fecha 22 de agosto de 2018, mi pierna fue avisando, y nadie se daba cuenta de lo que me pasaba. Mi pierna estaba caliente y cada médico me decía cosas diferentes desde dolor de pie hasta retención de líquido (incluso me hicieron una radiografía y que yo tenía un esguince), tendinitis etc. Hasta el día 12 de octubre después de viajar a Lanzarote y tomar seguril el día anterior porque un médico me lo mandó. Me mandaron al Hospital para descartar trombosis profunda en la femoral. A partir de ahí el trato fue excelente y EFICAZ por parte de todos los médicos y no tengo queja ninguna ni del Hospital, DOCTOR NEGRIN ni de ningún otro Centro médico.

Pero hubo NEGLIGENCIA MÉDICA GRAVE, porque creo que si no hubiese sido por el doctor del día 12 de octubre, yo no estuviera escribiendo este informe, porque la trombosis estaba

ya por la mitad del muslo subiendo. Doy gracias a D.? por estar viva. Pero me han quedado secuelas (...) ».

En escritos posteriores igualmente la interesada alega que hubo negligencia médica porque existió error en el diagnóstico tras haber asistido en diversas ocasiones a distintos centros sanitarios, concretamente indica que:

« (...) estaban errando con mi diagnóstico me dirigí a diferentes Centros Sanitarios, e incluso pedí al médico que me hiciera algo como una radiografía (y así me lo hicieron) diagnóstico "ESGUINCE". Como tal, otros Centros Sanitarios me vendaron el pie, porque eso era lo que ponía los partes Y NO ME PUSIERON HEPARINA EN NINGUN MOMENTO. Aquí les mando una foto de mi pie vendado hasta el tobillo, pero tengo otras fotos con el pie vendado hasta la rodilla. (Que les pasaré cuando pueda).

Cansándome de ir a médicos y nadie me daban solución (porque me pie cambiaba cada día) se hinchaba por un lado después por otro. Opté por ponerme una pomada de árnica todos los días. Y la verdad que bajaba la inflamación bastante. Yo me cuidaba mucho el pie y las pomadas me aliviaron bastante. Pero la trombosis estaba desencadenándose sin yo saberlo (NO FUI MÁS A URGENCIAS PORQUE CONTROLABA CON ÁRNICA, DESPUES DE HABER SIDO VENDADO MI PIE ERRÓNEAMENTE)

(...)

Yo tuve un accidente de guagua con un fuerte latigazo cervical, en marzo del 2018 que desde el primer momento me atendieron muy bien los médicos de los Centros de Salud de Las Remudas y fueron calmándome todas mis dolencias con total eficacia. Pero yo tuve un accidente con contusión en las rodillas, hinchándose a niveles importantes, tengo sobrepeso, problemas de varices. En esa época tomaba las pastillas antibaby (nadie me preguntó nada).

(...)

A LOS DOS MESES MÁS O MENOS DE DARME EI ALTA, ME NOTE LAS DOS PIERNAS PESADAS Y FUI AL MÉDICO EL 22 DE AGOSTO del 2018.

Una doctora maravillosa que me dio mi primer diagnóstico.

El último diagnóstico 12 de octubre 2018 antes de diagnosticarme verdaderamente el día 13 de octubre 2018 que tenía una trombosis profunda en la vena femoral, que tuve que ir al Hospital, fue en el Centro de Playa Honda (...) ».

La afectada aporta escrito de reclamación complementario en fecha 15 de noviembre de 2019, añadiendo a sus alegaciones las siguientes quejas en el mismo sentido:

«Otra Negligencia Médica. No me ingresaron en el Hospital, no tenía un simple esguince, tenía una trombosis profunda en la vena femoral hasta medio muslo y no estaba en condiciones para yo curarme sola.

Al día siguiente, 14 de Octubre era terrible el dolor que tenía fui a urgencias otra vez. A Teguise, allí me pusieron el clexane de nuevo, notaba ese palo clavado en la pierna con mucho dolor.

Al día siguiente, 15 de octubre fui a urgencias porque quería algo para el dolor, luego fui de nuevo porque notaba opresión en el pecho y cómo que no podía respirar bien. La Doctora me atendió muy bien, me hicieron una prueba y me dijo que estaba bien, me dio muchos consejos, la cama con mantas por debajo y en alto las dos piernas a la vez no una, tomar clexane hasta que me atendiera el Hospital Negrín (me lo recalcó mucho), cuidados con la pierna, etc (...) Un excelente trato.

(...)

1)Hubo negligencia médica grave cuando no me detectaron, ni me mandaron heparina como mínimo, como precaución ante mi pierna, dirigiéndome a diferentes Centros de Salud, habiendo tenido un latigazo cervical fuerte, con contusiones en las dos rodillas, se me inflamaron bastante, más una que otra. Y un día antes de ir al Hospital, me mandaron SEGURIL, cuando había un claro cuadro subiéndome por la pierna, hasta la mitad del muslo, dura, caliente, inflamada del viaje, que no era una retención de líquido.

2)Las secuelas psicológicas, ya que tengo pánico de morir por la trombosis, siempre voy a un especialista una semana antes de viajar para estar tranquila. Todo lo que sufrí de dolor, palpitaciones, ataques de ansiedad, mi barriga marcada de pinchazos, análisis, suspender mi curso de Universidad, todas las veces que fui a urgencias, llamadas al 112, que me atendieron de maravilla (ya conocía a los doctores al oírlos), esos dolores mortales al quitarme la medicación, en la pierna (gracias al 112, me daban pautas). Me ha quedado obsesión por la pierna. Cuando todo esto se hubiese evitado y no tener mis válvulas estropeadas para toda mi vida, con simplemente mandarme heparina, por mi accidente con consecuencias en mi columna vertebral y tener 6 hernias discales y estenosis en el cuello y en la zona lumbar.

3)Hubo la primera negligencia al no detectármelo y vendarme la pierna provocando la trombosis profunda, durante casi dos meses avisando.

Segunda Negligencia, esperar hasta la última persona del Hospital, pasando horas angustiosas, hasta que el médico me valorara, con una trombosis hasta la mitad de mi muslo y hacerme la eco-doppler al día siguiente cuando yo creo que era de urgencia (ya contándoles lo que me pasó cuando tomé la heparina).

Tercera Negligencia, no ingresarme para controlar mi trombosis y darme el alta el mismo día y ponerme heparina y no estabilizarme hasta que mi pierna estuviera fuera de

peligro (al tomar la medicación cómo mi pierna reaccionó) esas bajadas mortales, como cuando se desploma un barranco de la parte baja de la pierna hasta la alta. Estuve en peligro de muerte según 1nédicos expertos en hematología. He tenido mucha suerte la verdad y doy gracias a (...) por ello (...) ».

2. Reclama por tal motivo, como se ha señalado anteriormente, la cantidad de 50.000 euros, cuantía que determina en el escrito aportado en el trámite de audiencia y vista del expediente, de fecha 4 de enero de 2021.

III

1. En relación con la tramitación del procedimiento administrativo, constan las siguientes actuaciones relevantes:

- Mediante Resolución de 3 de diciembre de 2019, de la Secretaria General del SCS, por delegación de la Directora del SCS, se admitió a trámite la reclamación. En la misma Resolución se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), previo informe de los Servicios cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable.

- El SIP emite informe el 13 de noviembre de 2020, basándose en los datos de la historia clínica de la paciente, entre los que se encuentran los informes emitidos por los Médicos de Atención Primaria que asistieron a la afectada, copia de la historia clínica de Atención Primaria, copia de la historia clínica obrante en el Hospital Dr. José Molina Orosa (HDJMO), así como el informe emitido por el Coordinador de Urgencias del HDJMO.

- Con fecha 3 de diciembre de 2020, se concede a la interesada plazo para aportar los medios probatorios que estime por conveniente. Así como el trámite de vista y audiencia del expediente. Con fecha 4 de enero de 2020, la interesada presenta el escrito de alegaciones oportuno.

- La Propuesta de Resolución se emite en fecha 6 de abril de 2021, tras haber recabado informe del Servicio Jurídico, favorable a la Propuesta, y emitido con fecha 5 de abril de 2021.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

3. En el caso que nos ocupa no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias en la tramitación del procedimiento, por lo que nada obsta un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

IV

1. En el caso planteado, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, por la asistencia sanitaria que le fue prestada, al entender la no concurrencia de los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.

2. En el presente supuesto han resultado acreditados los siguientes antecedentes sobre la asistencia médica que la afectada ha recibido tras el accidente de tráfico soportado en fecha 16 de marzo de 2018. Así, por el mencionado accidente fue diagnosticada de contusión en muñeca derecha y rodillas (sólo se apreció ligera inflamación de partes blandas en rodilla derecha, no se objetivó fracturas ni lesiones significativas, ni hubo dificultad para la deambulación); Cervicalgia; Dorsalgia; Lumbalgia traumática; Policontusionada. Presentó cuadro de dolor cervical acompañado de cefaleas, mareos, inestabilidad, así como dolor lumbar irradiado a miembros inferiores. No requirió inmovilización, según los informes médicos aportados. Por lo que hasta aquí se observa que la lesionada fue tratada debidamente en atención a sus dolencias derivadas del accidente de tráfico sufrido.

Además, se constata que la afectada ha estado recibiendo tratamiento psiquiátrico por presencia de otras alteraciones emocionales, a partir del 18 de mayo de 2018, que la misma asocia al accidente de tráfico, así como problemas sexuales, cefalea, ansiedad, mente aturdida, se siente abrumada, no coordina bien, acúfenos (zumbido en los oídos), molestias visuales, mareos, entre otros.

Estudios posteriores diagnosticaron discopatía degenerativa-protrusiones discales cervicales C3-C4 y C5-C6, con radiculopatía crónica y discopatía degenerativa L4- L5-S1, con artrosis facetaria, con radiculopatía crónica (afecciones degenerativas y crónicas, sin criterio quirúrgico), que la reclamante también relacionó con el accidente, todo lo cual forma parte de sus antecedentes patológicos.

Con fecha de 22 de agosto de 2018, acude al Centro de Salud de Maspalomas, por dolor en pies tras estar mucho rato con zapatos bajitos sin tacón y lesión enrojecida (eritema) en tobillo izquierdo.

En la consulta se describe que presenta dificultad respiratoria, aunque la paciente dice estar acostumbrada (es asmática). A la exploración se describe buen

estado general, consciente y orientada, normohidratada y normocoloreada. Eupneica, con sibilantes (ruidos pulmonares típicos de asma) aislados. La reclamante no hace referencia a otros síntomas, ni se constatan otras alteraciones en la exploración física, por lo que se le administra aerosol para el asma.

Es diagnosticada de dolor en pies (se infiere atribuido al calzado), con las prescripciones demetilprednisolona tópica (para el eritema en tobillo), y aerosolterapia y antihistamínico para el asma.

El 23 de agosto de 2018, acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de las Remudas por presentar dolor en tobillo izquierdo e inflamación desde el lunes (desde hace tres días). Comenta que hacía una semana al afeitarse las piernas se le irritó la piel y que hace un mes se le había salido una uña del pie. No refirió otros síntomas.

En la exploración no se visualiza herida alguna en pierna y tobillo, describiéndose dolor a la palpación y signos flogísticos (inflamación) en el tobillo izquierdo + ausencia de uña en dicho pie. En su informe el Médico que la atiende (Dr. (...)) añade: ausencia de uña del dedo gordo del pie (primer dedo), con herida (en el lecho ungueal) no cicatrizada de color negro.

Dada la presencia de herida sin cicatrizar en primer dedo del pie izquierdo se sospecha una posible infección que sea la causa de los síntomas (dolor e inflamación en tobillo) con puerta de entrada a través de dicha herida, por lo que con el diagnóstico de Celulitis (infección de la piel o tejido subcutáneo causada por bacterias y que ocasiona enrojecimiento, dolor y aumento de volumen) y dolor en pie, se le prescribe analgesia y antibioterapia (amoxicilina/Ac. clavulánico), además de la recomendación de reposo y volver a consultar si no mejoría o empeoramiento.

El 26 de agosto de 2018, es valorada nuevamente en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Las Remudas por dolor en tobillo izquierdo. A la exploración se describe dolor a la presión en el ligamento lateral interno (zona interna del tobillo), no se describen otros síntomas ni la presencia de otros datos de interés en la exploración física, lo que le sugiere la presencia de Tendinitis de la zona del tobillo, por lo que le prescribe el uso de media elástica de compresión normal.

Ese mismo día, consulta igualmente en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Guanarteme refiriendo que, tras ponerse zapato plano, se le inflamó el tobillo, se le ha puesto caliente y le duele la planta del pie. A la exploración presenta

buen estado general; molestias en la cara interna del tobillo izquierdo, con dolor a punta de dedo en región inframaleolar interna. Se constata que la zona no está enrojecida ni caliente, no presenta crepitantes ni alteraciones tróficas ni se aprecia impotencia funcional. Con el diagnóstico de dolor en el pie, se le administra metilprednisolona intramuscular, se le aplica vendaje elástico en el tobillo (que no le limita la deambulación ni la inmoviliza), y se le prescribe analgesia/antiinflamatorio (ibuprofeno/codeína), indicando continuar con su tratamiento habitual y realizar reposo de la zona.

El 27 de agosto de 2018, consulta por idéntico motivo -dolor en pie izquierdo desde hace una semana- en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud del C. Se mantiene el mismo diagnóstico y tratamiento ya pautado anteriormente.

El 28 de agosto de 2018, acude a su Centro de Salud (Las Remudas), solicitando recetas de los inhaladores que utiliza habitualmente para el asma e informes de las asistencias prestadas en relación con cervicalgia (dolor en el cuello). En esta consulta no solicita asistencia por dolor en el pie-tobillo.

El día 30 de agosto de 2018, consulta en su Centro de Salud (Las Remudas), por dolor en tobillo (izquierdo) desde hace 15 días. Se le realiza Radiografía sin apreciar lesiones óseas. Con el diagnóstico de contusión (se infiere daño por sobrecarga dado el sobrepeso anotado en la anamnesis) de tobillo, se le prescribe uso de tobillera (para sujetar y estabilizar) y reposo de la zona.

El 21 de septiembre de 2018, casi un mes después, acudió a su Centro de Salud por presentar molestias cervicales. No hace mención alguna a dolor o hinchazón en tobillo-pie. En la exploración física realizada se constata que la postura y la marcha de la paciente son normales.

El 11 de octubre de 2018, transcurridos veinte días aproximadamente, acude al Centro de Salud de Playa Honda (Lanzarote), por presentar edema en ambos miembros inferiores, de predominio izquierdo. A la exploración se describe obesidad mórbida, auscultación cardiopulmonar y saturación de oxígeno normales. Presencia de edema (hinchazón) en tobillos (diagnóstico), con fóvea (el edema con fóvea - también llamado signo de Godet- es la depresión o huella que persiste varios segundos después que el examinador presiona la piel y tejido celular subcutáneo de la zona explorada. El edema con fóvea se produce por acumulación -retención- de líquidos en los tejidos. Se le prescribe pauta de Seguril (favorece la eliminación de líquidos retenidos) y seguimiento por su Médico de Atención Primaria.

Un día después, 12 de octubre de 2018, consulta en Centro de Salud de Valterra (Lanzarote). En la anamnesis refiere que viajó en avión desde Las Palmas hace dos días. Con posterioridad a dicho viaje, ha comenzado con aumento de volumen en la pierna (izquierda), que se ha ido poniendo tensa y se acompaña de dolor en la pantorrilla, con aumento del dolor a nivel más proximal (hacia el muslo) y se está poniendo caliente.

A la exploración está eupneica, con buena coloración de piel y mucosas. Se describe edema que deja huella de Godet hasta el nivel de la rodilla. Dolor en la pantorrilla que aumenta con la exploración pasiva. Signo de Hofman (dolor en la pantorrilla desencadenado por la dorsiflexión del tobillo con la rodilla extendida) positivo. La evolución de los síntomas referidos y el examen físico hacen sospechar la presencia de una trombosis venosa profunda (TVP) en la extremidad inferior izquierda, por lo que se deriva a la paciente para su valoración al HDJMO.

En el Servicio de Urgencias de dicho Hospital es valorada por el Médico anotándose que presenta buen estado general, presentando en la extremidad izquierda edema moderado en la pierna con fóvea, área pretibial enrojecida de unos 8 cm de diámetro; aumento de temperatura evidente desde el pie hasta el muslo; la palpación de la pierna y el tercio distal del muslo es difusamente dolorosa; no se aprecian cordones venosos. Se le indica la realización de analítica y electrocardiograma, y mantener la pierna izquierda elevada.

La paciente queda en observación, realizándosele ecografía doppler el 13 de octubre de 2018 donde se objetiva trombosis venosa parcial en tercio medio de vena femoral izquierda hasta la región poplítea.

El SIP nos indica que se denomina trombosis venosa parcial al coágulo sanguíneo o trombo formado en una vena, en este caso el tercio medio de la vena femoral, que obstaculiza parcialmente el flujo sanguíneo de retorno venoso, siendo esta la causa de los síntomas. Se le pauta tratamiento anticoagulante y cursa alta hospitalaria el 13 de octubre de 2018.

Al alta se dan recomendaciones claras sobre medidas, tratamiento y controles a seguir de forma ambulatoria. Se le prescribe reposo con piernas elevadas, clexane por 10 días, analgesia (paracetamol), antibioterapia (amoxicilina/Ac. Clavulánico) durante 7 días.

3. Antes de entrar en el fondo del asunto debemos de tener en consideración la Jurisprudencia, pues con base en el ejemplo de la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007, sobre la responsabilidad sanitaria se establece que: *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara también:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

(...)

De lo anterior se desprende, pues, que cumple a los facultativos prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso con los medios adecuados a su alcance, pero no garantizar

un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento».

4. Entrando en el fondo del caso expuesto, según los informes médicos obrantes en el expediente, se observa que ciertamente es cinco meses después del accidente alegado por la afectada, el 22 de agosto de 2018, cuando comenzó el cuadro de dolor en tobillos y pies, que ella misma relaciona con el calzado utilizado, y eritema en tobillo izquierdo que relaciona con irritación de la piel tras el afeitado en días previos.

En el historial clínico expuesto anteriormente, el 22 de agosto de 2018 consulta por dolor en pierna izquierda posiblemente por sobrecarga. Presenta dolor en pies por estar mucho rato con zapatos bajos sin tacón. También presenta lesión en tobillo izquierdo enrojecida y dificultad respiratoria debido a su condición de asmática. No otra sintomatología, tampoco consta que refiriese al personal sanitario que la atiende que la pierna estuviese caliente. Es diagnosticada de dolor en pie.

Un día después, el día 23 de agosto, consulta por dolor e inflamación en tobillo izquierdo. A la exploración no se visualiza herida alguna en pierna y tobillo, pero si se constata caída de la uña del primer dedo del pie, ocurrida según cuenta la paciente, un mes antes, con herida en el lecho ungueal no cicatrizada y ennegrecida (con signos de infección). La presencia de esta herida en el dedo hace que el Médico de Atención Primaria sospeche una posible infección que sea la causa de los síntomas (dolor e inflamación en tobillo) con puerta de entrada a través de dicha herida, por lo que, con el diagnóstico de celulitis y dolor en pie, prescribe analgesia y antibioterapia.

Así mismo el SIP expone que la clínica de la paciente muestra una clara relación con cuadro infeccioso en el pie izquierdo, sin guardar relación ni clínica, ni cronológica con el traumatismo presentado cinco meses antes, en la rodilla izquierda, miembro inferior en el que no se objetivó ninguna lesión, ni tuvo ningún vendaje, ni inmovilización. El diagnóstico médico es coherente con la clínica presentada en ese momento de acuerdo con el estado de la paciente.

Posteriormente la afectada consulta a varios médicos de Atención Primaria los días 26, 27 y 30 de agosto por dolor en planta del pie y tobillo doloroso. No presentando, en exploración del 26 de agosto, ni calor ni enrojecimiento del tobillo, tampoco impotencia funcional. Tampoco se aprecian alteraciones tróficas (no atrofia,

ni descamación, ni alteraciones en el color, temperatura o vello corporal en la zona), incluso se le realizó radiografía del pie, que no mostró ninguna alteración significativa. (se confirma en el folio 174 del expediente)

Así nos indica el SIP que la propia relación que la paciente hace del inicio de los síntomas con uso de calzado inapropiado, la presencia de dolor localizado a punta de dedo en zona del ligamento lateral interno del tobillo izquierdo en una paciente obesa, es motivo para que razonablemente se considere la presencia de una patología musculoesquelética dolorosa en tobillo y pie por sobrecarga o tendinitis. La prescripción de analgesia-antiinflamatoria y el uso de medias, tobillera o vendajes elásticos de sujeción y estabilización del tobillo, son los tratamientos de elección.

Por tanto, la clínica manifestada por la paciente era acorde con los juicios diagnósticos establecidos, que no había en ese período una clínica que hiciera sospechar ningún otro proceso patológico y que la conducta tanto diagnóstica como terapéutica de los varios médicos que la asistieron fue la adecuada, y es por ello que el proceso remitió, lo cual se deriva de las siguientes anotaciones reflejadas en la historia clínica. Además, el 7 de septiembre de 2018 no acude a cita programada como tampoco lo hizo el 2 de octubre. El día 21 de septiembre de 2018 acude a su centro de salud por molestias cervicales no haciendo mención a dolor o hinchazón en tobillo o pie. En la exploración física realizada se constata que la postura y la marcha de la paciente son normales.

El 11 de octubre de 2018, más de 1 mes después de la última consulta por dolor en pie y tobillo, la afectada acude al Centro de Salud de Playa Honda (Lanzarote) por edema en miembros inferiores, predominio del izquierdo con fovea (indica retención de líquidos). Así concretamente expone el SIP en su informe que *«el edema con fovea (también llamado signo de Godet) es la depresión o huella que persiste varios segundos después que el examinador presiona la piel y tejido celular subcutáneo de la zona explorada. El edema con fovea se produce por acumulación (retención) de líquidos en los tejidos»*.

Nos indica el SIP, que la presencia de edema en los dos tobillos, con inicio ese día en paciente con obesidad, sin otros síntomas ni signos a la exploración física (no cambio de coloración, ni de temperatura, ni dolor en la pantorrilla, ni circulación colateral), sugieren edema por retención de líquidos. No hay antecedentes de alteraciones de la coagulación, o antecedentes recientes de cirugía ortopédica, ni de fractura de miembros inferiores, ni la paciente ha estado inmovilizada, ni tiene alteración de la deambulación, como para sospechar de entrada una trombosis venosa. Un único síntoma inespecífico, el edema iniciado ese día, que además es

bilateral, es decir, presente en los dos tobillos, difícilmente hace sospechar una trombosis venosa, en una de ellas. Una vez considerado el edema en tobillos por retención de líquidos, le es pautado *seguril*, fármaco diurético que favorece la eliminación de líquidos.

Tanto la sospecha diagnóstica dado los datos clínicos que se tenían en ese momento como la actuación terapéutica son razonables en ese contexto médico, sin que se pueda afirmar por ello que hubiera negligencia o mala práctica sanitaria.

Expone el Servicio de Inspección y Prestaciones que el diagnóstico de sospecha emitido por el médico del Servicio de Urgencias de Atención Primaria el día 12 de octubre, está fundamentado en la evolución y en la clínica evolutiva de la paciente, el edema iniciado un día antes, el 11 de octubre, ascendente a la pierna, el dolor, tensión y calor en la zona de la pantorrilla hacia el muslo junto con signo de Hofman positivo.

En la valoración clínica preliminar efectuada en el Servicio de Urgencias del HDJMO, la reclamante se encuentra hemodinámicamente estable y sin riesgo vital. Presenta buen estado general, sin ningún signo de complicación (signos vitales y exploración cardiopulmonar normal). En la extremidad izquierda, en la que no se describe traumatismo previo, se objetiva edema moderado en la pierna con fóvea, área pretibial enrojecida de unos 8 cm de diámetro; aumento de temperatura evidente desde el pie hasta el muslo; la palpación de la pierna y el tercio distal del muslo es difusamente dolorosa y no se aprecian cordones venosos.

El estudio doppler que le es realizado a las 11:30h. objetiva trombosis venosa parcial en tercio medio de vena femoral izquierda hasta la región poplíteica. Se le administra anticoagulante clexane. Es alta hospitalaria el 13 de octubre de 2018. (folio 381 del expediente)

Los informes de seguimiento con Ecografía Doppler venosa de miembro inferior izquierdo (aportados por la paciente), reflejan que desde marzo de 2019 ya se encontraba con buena situación vascular, sin síntomas vinculados a la trombosis venosa, y con repermeabilización completa venosa profunda a nivel femoropoplíteico sin signos de trombosis venosa, es decir el sistema venoso estaba restablecido. (folio 193 del expediente).

Según informes aportados, se conoce que tuvo controles por el Servicio de Hematología hasta terminar tratamiento con anticoagulación, y seguimiento por

Medicina Interna que descartó alteraciones de la coagulación, por lo que se desconoce con certeza la causa que originó la trombosis. Actualmente presenta un estado de buena situación clínica, anticoagulada con Sintrom, encontrándose ecográficamente la vena femoral permeable (folios del expediente 189, 190, 191 y 102).

5. Por lo demás, en relación con la discapacidad manifestada por la reclamante, según Dictamen del Centro de Valoración de la Discapacidad de Las Palmas de Gran Canaria de fecha, con resolución del 10 de septiembre de 2019, la paciente no tiene ninguna limitación ni discapacidad reconocida por enfermedad vascular periférica, es decir, a consecuencia de la trombosis venosa en miembro inferior izquierdo.

6. Tampoco el informe psiquiátrico hace referencia a la afectación psicológica como consecuencia de la TVP padecida por la reclamante.

7. En conclusión, de acuerdo con los documentos obrantes en el expediente, se observa que no existe contradicción alguna entre los médicos que asistieron a la paciente, coincidiendo todos ellos en que en el presente supuesto la reclamante ha sido correctamente asistida y diagnosticada en función de la clínica presentada en cada momento por lo que no es posible hablar de negligencia médica en el diagnóstico de la trombosis venosa padecida en el mes de octubre de 2018, cuando la afectada presenta una sintomatología no manifestada con anterioridad, esto es, edema en ambos miembros inferiores y posteriormente aumento de volumen y dolor en pantorrilla y signo de Hofman positivo, sintomatología sugestiva de trombosis vascular o embolia. Por lo que fue derivada al centro Hospitalario referido para confirmar diagnóstico.

8. En atención a la alegación sobre haber recibido el alta hospitalaria en el mismo día en el que fue asistida de TVP, se debe reseñar que la paciente no presentaba sintomatología que llevara a criterios médicos que requirieran su ingreso hospitalario según el protocolo establecido. Sin perjuicio de que fuera correctamente asistida, con el tratamiento oportuno y las recomendaciones que la afectada debiera de seguir.

Por lo tanto se ha llegado a constatar que los diagnósticos realizados en cada momento, pruebas, tratamientos y medidas adoptadas se realizaron de forma adecuada en la paciente, de acuerdo con los requerimientos y situación de la afectada, siguiendo los criterios, normas y protocolos actuales.

9. Como nos indica la Propuesta de Resolución, el diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que se establece, a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas que se le realizan. En relación con el diagnóstico efectuado, es doctrina jurisprudencial la llamada «prohibición de regreso», que exige valorar la actuación médica en función de las circunstancias existentes en cada momento ya que no deben enjuiciarse las actuaciones médicas “*ex post facto*”, sino “*ex ante*”, dados los síntomas y la clínica que presente el paciente en cada momento. A partir de estos datos se deben formular los distintos diagnósticos, tratamientos y pruebas efectuadas al paciente en cada fase tras la intervención, y conforme a las distintas patologías que presente y a la evolución de cada una en cada momento.

En otras palabras, *«la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio “ex ante”, es decir, lo que se debe valorar es si, con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento, puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente»* (Sentencia n.º 925 de 19 de noviembre de 2008, del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, n.º de recurso 94/2005). La doctrina del Tribunal Supremo sobre la «prohibición de regreso», pues, impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o tratamiento diagnóstico o inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir curso posterior seguido por el paciente, esto es, la valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar. La doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico o de la conducta desencadenante del daño, es declarada en las Sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 14 (RJ 2006, 884) y 15 de febrero de 2006 (RJ 2006, 2940), 7 de mayo de 2007 (RJ 2007, 3553) y de 10 de junio de 2008 (RJ 2008, 4246), entre otras.

En supuestos como el que nos ocupa, la doctrina del Tribunal Supremo es clara al mantener esta “prohibición de regreso” a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial. Así, por ejemplo, en las Sentencias del Tribunal Supremo de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007 se afirma que:

« (...) “todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico”».

Estas consideraciones, incluidas las referentes a la pérdida de oportunidad, son aplicables a este supuesto, ya que como hemos venido manteniendo desde el Dictamen 393/2015, en modo alguno se puede considerar el diagnóstico inicial incorrecto en atención a los síntomas que presentaba la interesada en el momento de formularse el mismo, que es cuando corresponde realizar su valoración y no cuando han aparecido los síntomas finales de la evolución de un enfermedad concreta y perfectamente determinada», como es el caso.

En definitiva, del anterior razonamiento se deriva que la atención sanitaria recibida por la interesada se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*, según la Jurisprudencia aludida anteriormente, ya que se realizaron las pruebas necesarias y se trató adecuadamente a la paciente según la sintomatología que iría presentando en cada momento, no apreciándose mala *praxis*; esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del Servicio Sanitario, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por la interesada, se considera conforme a Derecho.