



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen **19/2016**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 18 de enero de 2016, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 6 de marzo de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **94/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 8 de julio de 2013 (registro en la Delegación de Gobierno en Murcia), x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la asistencia sanitaria recibida por los siguientes hechos, según describe:

El 2 de marzo de 2011 fue intervenido en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, de Cieza, enviado por consultas externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología de dicho Centro Hospitalario, como consecuencia de una fractura luxación de astrágalo derecho inveterada, cuyos síntomas venía padeciendo desde la primera vez que acudió al Servicio de Urgencias del mismo Hospital el día 14 de enero anterior, siendo inicialmente diagnosticado de insuficiencia venosa crónica en el miembro inferior derecho; el día 21 de enero de 2011 fue visto por el Servicio de Medicina Interna, en el que se le efectuó un probable diagnóstico de celulitis en MID, prescribiéndole tratamiento antibiótico durante dos semanas.

Ante la persistencia de intensos dolores, volvió a acudir al Servicio de Urgencia el 6 de febrero del mismo año, en el que se le efectuó una radiografía de pie y tobillo derechos, diagnosticándole un edema de larga duración. Al día siguiente se le indicó una ECO de partes blandas y Doppler MID, cuyo resultado señaló que padecía un edema de tejido celular subcutáneo.

El 25 de febrero nuevamente acudió al Servicio de Urgencia, al no remitir con el tratamiento prescrito el dolor que padecía desde hacía dos meses, se le realizó una radiografía cuyo resultado evidenció el aplastamiento de astrágalo. Tras este último diagnóstico, fue intervenido el 2 de marzo de 2011, practicándole una reducción y artrodesis astragaloescafoidea, siendo reintervenido el día 16 de septiembre siguiente para artrodesis tibio-astragalocalcánea, e intervenido por tercera ocasión con fecha 17 de diciembre del 2012 para EMO de tornillo distal de bloqueo. Refiere, a la fecha de la reclamación, que fue revisado en consultas externas de traumatología del Hospital Lorenzo Guirao, presentando clínica de dolor mecánico en ambas rodillas, caminando con ayuda de

una muleta y un alza de 3 cm. en el MID. Para justificar tales extremos acompaña los documentos de uno a once que obran en los folios 4 y ss.

Considera que padece unas secuelas derivadas del error y retraso en el diagnóstico de la fractura de astrágalo que padecía, existiendo en su opinión una relación de causalidad entre la actuación de la Administración sanitaria y el resultado dañoso, concurriendo todos los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

Finalmente, señala que concretará la cuantía indemnizatoria en el momento procedimental oportuno, a la vez que propone el traslado del historial y que se indique si existe seguro de responsabilidad civil y la compañía aseguradora con la que se ha contratado la correspondiente póliza.

SEGUNDO.- Con fecha 30 de julio de 2013, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes interesadas, entre ellas a la Compañía Aseguradora del Ente Público, a través de la correduría de seguros --.

Paralelamente se recabó el historial e informe de los facultativos que atendieron al paciente a la Gerencia de Área de Salud IX, a la que pertenece el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, de Cieza.

TERCERO.- Desde la dicha Gerencia de Área de Salud IX Vega Alta del Segura se remite copia de la historia clínica (folios 25 a 476), quedando pendiente la remisión de los informes de los facultativos.

Asimismo desde la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad Autónoma se remite copia de los antecedentes judiciales consistentes en una demanda ante la Jurisdicción Social por incapacidad temporal derivada de enfermedad común (lumbalgias de repetición), que concluyó por Sentencia del Juzgado de lo Social núm. 6 de Murcia de 4 febrero de 2003 (folios 478 y ss.).

CUARTO.- Por la Gerencia de Área de Salud IX se remiten los informes del Dr. x, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (folio 493), que describe la prestación sanitaria al paciente, y de la Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (folio 495), que se remite a la historia clínica.

QUINTO.- Por el órgano instructor se requirió a través de Gerencia de Área de Salud I (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca) el informe de la Dra. x, quien atendió al paciente en el Servicio de Urgencias y que se remite a su informe clínico de alta (folio 498), en el que constan los motivos de la consulta, anamnesis, exploración y pruebas complementarias realizadas, así como el diagnóstico final al alta ante los hallazgos clínicos encontrados.

SEXTO.- En fecha 4 de noviembre de 2013 se solicitó informe a la Inspección Médica y se remitió copia del expediente a la Compañía Aseguradora del Ente Público, --.

SÉPTIMO.- Por la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud se remite informe médico pericial emitido por el Dr. x, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, que concluye:

"1.- x, de 58 años de edad y con antecedentes importantes de diabetes mellitus tipo 2, obesidad, hábito enólico y polineuropatía mixta metabólico-tóxica, con anestesia en guante y calcetín de miembros, acudió al servicio de Urgencias del H. de la Vega el 14/01/2011 por presentar dolor e inflamación en MID, de un mes de evolución y que evolucionaba progresivamente a peor.

2.- Los síntomas que el paciente mostraba eran sugestivos de una trombosis venosa profunda, por lo que el diagnóstico se orientó en este sentido. Se realizó estudio de la coagulación y se realizó ecodoppler venoso, que descartaron dicha patología. No se realizaron radiografías por no considerarse indicadas en ese momento, ya que no existía un antecedente traumático y el cuadro llevaba un mes de evolución. Parecía un cuadro de patología de M. Interna, y allí fue derivado.

3.- Por la persistencia de la sintomatología (edema y dolor) fue visto en tres ocasiones más, realizándole un primer estudio radiográfico el 06/02/11 (no aportado) e informado como artrosis, así como un segundo estudio el 25/02, una vez que el paciente recordó haber sufrido un traumatismo sobre ese pie tiempo atrás, donde se identificó una fractura de astrágalo. Las primeras radiografías aportadas son de abril 2011 donde se puede apreciar una grave fractura conminuta del cuello y cabeza del astrágalo, con marcado colapso, debido al tiempo transcurrido y al hecho de que el paciente estuvo apoyando durante los primeros días, sin notar dolor debido a su anestesia en calcetín.

4.- El estado del hueso en ese momento (que probablemente sería el mismo que cuando acudió a urgencias la primera vez) requería un tratamiento quirúrgico de artrodesis, que es lo que se le realizó finalmente.

Conclusión final

Efectivamente no se diagnosticó una fractura de astrágalo que seguro estaba presente el día 14/01/11, pero, puesto que ya había transcurrido un mes, ya que las circunstancias del paciente enmascaraban la patología que presentaba y la fractura era grave desde el inicio, creo sinceramente que, aunque se hubiera visto ese día, no hubiera cambiado en absoluto la evolución ni el resultado final de artrodesis".

OCTAVO.- Al no haberse evacuado el informe por la Inspección Médica en el plazo de tres meses y existiendo en el expediente suficientes elementos de juicio para adoptar una decisión según el órgano instructor, se continua con la tramitación del expediente administrativo, otorgándose un trámite de audiencia a la reclamante, cuya representante, x, reitera la imputación del escrito inicial de reclamación, proponiendo prueba documental (las aportadas con el escrito de reclamación) y el informe de la Inspección Médica, ante lo cual se procede por el órgano instructor a reiterarlo.

NOVENO.- Consta que por el reclamante se ha interpuesto recurso contencioso administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación (Procedimiento Ordinario 354/2014) ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia.

DÉCIMO.- Por la Inspección Médica se emite informe el 22 de diciembre de 2014, acompañando la nueva documentación solicitada a la Gerencia de Área de Salud IX, que concluye:

"En los episodios asistenciales de los días 14 y 21 de enero de 2011 ni la sintomatología, ni el antecedente traumático relatado el día 21, orientaban de forma clara de una fractura/luxación de astrágalo como la que finalmente se diagnosticó, por lo que la orientación diagnóstica realizada: TVP que se descarta, edema y celulitis, fue acorde a la sintomatología del paciente.

- En el momento de la visita a urgencias realizada el 06/02/2011 debió diagnosticarse la fractura de astrágalo que padecía el paciente. Se cometió un error diagnóstico que implicó un retraso en el tratamiento ya que no fue hasta la siguiente visita a urgencias el día 25/02/2011 cuando se diagnosticó adecuadamente y se remitió al paciente a traumatología para tratamiento.

- Una vez que se diagnostica la fractura/luxación de astrágalo el paciente es adecuadamente atendido. La rigidez articular y el acortamiento del MID que presenta al final del proceso, están recogidos como complicaciones en el consentimiento informado que firmó antes de la primera operación y, además, las características de la fractura y el tiempo transcurrido hacían muy probable la aparición de la necrosis avascular que determinó el colapso del astrágalo y la necesidad de panartrodesis.

- No se puede afirmar que el retraso diagnóstico haya tenido una influencia significativa en el resultado final del proceso asistencial".

UNDÉCIMO.- Otorgado un nuevo trámite de audiencia a las partes, el reclamante presenta escrito de alegaciones, que cuestiona que las firmas que figuran en los documentos de consentimientos informados correspondan al paciente, además de que la Inspección Médica reconoce que hubo un retraso en el diagnóstico de la fractura de astrágalo, ya que pasó inadvertida en la primera visita efectuada el día 21 de enero, así como en la segunda visita de 6 de febrero, a pesar de los evidentes signos de fractura en la radiografía que se le practicó, siendo diagnosticado en la tercera visita al Servicio de Urgencias, el día 25 de febrero de 2011. En cuanto a los riesgos recogidos en el documento de consentimiento informado, se dice que se desconocían porque la firma no es del paciente.

DUODÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 25 de febrero de 2015, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por los siguientes motivos:

1. No puede predicarse una responsabilidad patrimonial cuando el paciente fue diagnosticado y tratado conforme a la sintomatología que presentaba y si bien se puede considerar un retraso de 19 días en el diagnóstico de la fractura del astrágalo, no parece que ello hubiese afectado a la evolución ni al resultado final de la artrodesis, sin que tal circunstancia haya sido desvirtuada por el reclamante mediante medio probatorio alguno.

2. Respecto a la autenticidad de las firmas, el órgano instructor manifiesta que no se puede pronunciar porque

consultados varios documentos del expediente, en los que se supone que el paciente ha estampado su firma, ésta es diferente en cada caso, de manera que hay que presumir que si están en el historial forman parte del mismo. Respecto al consentimiento para la intervención del día 16 de septiembre de 2011, se desprende del protocolo de intervención (folio 118) que el paciente lo había suscrito. Sobre los documentos de consentimiento informado para anestesia de 28 de febrero de 2011, el órgano instructor desconoce quién es la firmante, pero resulta inconcebible que se autorice la intervención sin anestesia previa, sin que este concreto proceso asistencial (anestesia) le haya generado daños susceptibles de indemnización.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 6 de marzo de 2015 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con los artículos 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y 12 del Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. El reclamante, en su condición de usuario del servicio público sanitario que se siente perjudicado por su actuación, ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el artículo 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

2. Según el órgano instructor, la reclamación se ha interpuesto en plazo, toda vez que se ejercitó el 8 de julio de 2013, antes del transcurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, tomando como *dies a quo* la fecha de alta en rehabilitación indicada por el órgano instructor (se hace referencia a un informe de consulta externa de traumatología de 16 de noviembre de 2012), si bien según consta en el historial el alta de rehabilitación data de 26 de abril de 2012 (folios 34 y 35), por lo que en atención al *dies a quo* al que se acoge el órgano instructor se habría ejercitado fuera de plazo. No obstante, de adoptarse como *dies*

a quo la fecha de alta de la intervención para la extracción de material de osteosíntesis en tobillo derecho (el 17 de diciembre de 2012) la acción se habría presentado en plazo, interpretación esta última que sería acorde con el principio *pro actione* al que ha hecho referencia este Consejo Jurídico en numerosos Dictámenes.

3. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho al previsto reglamentariamente en contra de los principios de eficacia y celeridad que han de informar las actuaciones de la Administración por mandato constitucional.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos

no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos 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 la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la *praxis* médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una

intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos.

CUARTA.- Análisis de las imputaciones formuladas al Servicio Murciano de Salud y si concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

El reclamante atribuye inicialmente al Servicio Murciano de Salud que se ha producido un error y retraso en el diagnóstico de la fractura de astrágalo que padecía, habiéndole ocasionado un daño evidente concretado en unas secuelas, por lo que existe una clara infracción de la *lex artis* por la falta de empleo de todos los medios disponibles para evitar el resultado producido. En el escrito de reclamación no se achaca a la Administración una falta de información suministrada al paciente, sin embargo, en el escrito de alegaciones se cuestiona por primera vez el derecho a la información y se sostiene que los documentos de consentimiento informado no han sido firmados por el paciente, pues en unos la firma estampada no es la suya, y en otros aparece suscrito por otra persona (eso sí, tampoco se aclara si corresponde a un familiar o acompañante del paciente).

Agrupando, por tanto, las imputaciones formuladas en el error y retraso del diagnóstico y en la falta de información al paciente, resulta lo siguiente de la instrucción:

1. Sobre el error y el retraso en el diagnóstico.

Los informes médicos obrantes en el expediente que valoran la *praxis* coinciden en afirmar que los síntomas que el paciente mostraba por presentar dolor e inflamación en miembro inferior derecho (MID) con un mes de evolución cuando acudió al Servicio de Urgencias del Centro Hospitalario (con antecedentes importantes de diabetes mellitus tipo 2, obesidad, hábito enólico y polineuropatía mixta metabólica-tóxica, con anestesia en guante y calcetín de miembros) eran sugestivos de una trombosis venosa profunda, por lo que el paciente se orientó en este sentido y se realizó estudio de coagulación y ecodoppler venoso que descartaron dicha patología, por lo que le derivaron a Medicina Interna. No indicó la existencia de un antecedente traumático en la primera visita realizada al Servicio de Urgencias y el cuadro que presentaba tenía un mes de evolución según el paciente (conclusiones del perito de la compañía aseguradora del Ente Público).

En el mismo sentido la Inspección Médica expone:

"Con el fin de valorar si existió o no un retraso diagnóstico conviene determinar la fecha en que se produjo la fractura, y si en las sucesivas visitas a urgencias era razonable sospechar la existencia de la misma. Como se ha mencionado en el apartado de consideraciones médicas estas fracturas suelen ser secundarias a traumatismos de alta energía por lo que la existencia de un antecedente traumático reviste gran importancia para orientar el diagnóstico.

En la primera visita a urgencias, el 14/01/2011, el paciente refiere dolor y edema en el miembro inferior derecho, de inicio paroxístico (brusco y agudo) desde un mes atrás. No relata antecedente traumático. En el momento de esta visita no se refleja particular dificultad a la deambulación ni específicamente dolor al apoyar el pie. Conviene recordar que el paciente está afecto de una polineuropatía toxicometabólica (diabética y enólica) desde el año

2002 y que ya en 2009 se informó como polineuropatía axonal severa sensitiva y motora, crónica, distal de predominio en miembros inferiores que le causa una afectación sensitiva en guante y calcetín con parestesias. En este caso parece razonable que no se efectuara búsqueda activa de lesión ósea por la falta de antecedente traumático y por la falta de especificidad del dolor, pero al mismo tiempo, y dada la evolución posterior, podemos concluir que la fractura se produjo al inicio de los síntomas, a mediados de diciembre de 2010, y que la alteración de la sensibilidad en pies y tobillos que presenta el paciente puede justificar que no presente dolor incapacitante para la deambulación y concretamente para el apoyo.

Una semana después es valorado en consultas externas de medicina interna. En esta ocasión se recoge la edematización de miembros inferiores desde dos meses atrás pero ya se hace referencia como antecedente aislado a la existencia de dolor e imposibilidad de apoyar el talón derecho en tres semanas atrás, síntomas añadidos y posteriores a la edematización. Añade que días previos (es de suponer que a la aparición del dolor) presentó caída con herida en pie (cicatriz en antepié en fase de cicatrización). A la vista del diagnóstico posterior y dado este antecedente traumático (aunque no se refiere como de alta energía), podríamos datar la fractura más de 21 días atrás, es decir a finales de diciembre de 2010.

En sucesivas visitas se fija el inicio de los síntomas con leves variaciones pero, por ser las dos referidas anteriormente las más cercanas al hecho causante, se pueden usar para datar y concluir que el inicio de la sintomatología, y por tanto la fecha de la fractura, fue en un periodo comprendido entre mediados y finales de diciembre de 2010. De la documentación analizada se desprende también que ni la sintomatología ni el antecedente traumático relatado orientaban de forma clara a la existencia de una fractura/luxación de astrágalo como la que finalmente se diagnosticó, por lo que la orientación diagnóstica realizada: TVP que se descarta, edema y celulitis, fue acorde a la sintomatología del paciente".

Por el contrario, la misma Inspección señala que en la visita al Servicio de Urgencias realizada el 6 de febrero de 2011, en la que le practicaron radiografías, sí se debió diagnosticar la fractura de astrágalo que padecía el paciente (en ese momento se apreciaban signos de fractura según el radiólogo consultado por dicha Inspección), cometiéndose un error diagnóstico que implicó un retraso en el tratamiento hasta el día 25 del mismo mes (19 días), que fue cuando se le diagnosticó la fractura de astrágalo y se remitió a traumatología para su tratamiento.

Ahora bien, habría que determinar -para derivar la responsabilidad de la Administración sanitaria- qué repercusión tuvo dicho retraso diagnóstico (19 días) en las secuelas que presenta el paciente. En este aspecto, la imputación del reclamante se encuentra huérfana de prueba, que cobra mayor importancia dado que el paciente acudió al Servicio de Urgencias refiriendo dolor y edema en el miembro inferior derecho de inicio paroxístico (brusco y agudo) desde hacía un mes, por lo que tendría que despejar qué influencia pudo tener su actuación sobre dichas secuelas por la tardanza en acudir al Centro Hospitalario. Por el contrario, la propuesta de resolución sostiene que el retraso en el diagnóstico no parece haber tenido influencia en el resultado final sobre la base de lo informado por la Inspección Médica, que señala:

"De haberse establecido el diagnóstico del día 06/02/2011, nos encontraríamos ante una fractura conminuta/luxación mantenida en el tiempo entre 5 y 7 semanas, por lo que no se puede afirmar que los resultados del tratamiento hubieran sido muy diferentes a los finalmente obtenidos. No se puede afirmar por tanto, que el retraso diagnóstico haya tenido una influencia significativa en el resultado final del proceso asistencial".

A mayor abundamiento, el informe pericial de la Aseguradora del Ente Público, evacuado por un especialista en cirugía ortopédica y traumatología, expone que aunque se le hubiera diagnosticado la fractura de astrágalo el día

14 de enero de 2011, cuando acude por primera vez al Servicio de Urgencias del Centro Hospitalario, al haber transcurrido ya un mes desde que se inician los síntomas que enmascaran la patología del paciente, señalando: *"creo sinceramente que, aunque se hubiera visto ese día, no hubiera cambiado en absoluto la evolución ni el resultado final de la artrodesis"*.

En suma, se reconoce por la Inspección Médica un error de diagnóstico el día 6 de febrero de 2011 (que se estableció 19 días después, el día 25 siguiente), si bien al encontrarse ante una fractura conminuta/luxación mantenida en el tiempo (entre 5 y 7 semanas) no se puede afirmar que los resultados del tratamiento hubieran sido muy diferentes a los finalmente obtenidos, sin que el reclamante haya aportado prueba pericial para desvirtuar los argumentos de la Inspección Médica.

2. Sobre la falta de información al paciente.

La Inspección Médica señala que una vez que se le diagnostica la fractura el paciente es adecuadamente atendido y la rigidez articular y el acortamiento del MID que presenta al final del proceso están recogidos como complicaciones en el consentimiento informado que firmó antes de la primera operación.

Frente a ello, la letrada que representa al reclamante -que omite esta imputación en el escrito inicial de reclamación-, sostiene sin embargo en el escrito de alegaciones bien que la firma estampada en el documento de consentimiento informado para la primera intervención no es del paciente, bien que no consta el documento de consentimiento informado para la intervención de 16 de septiembre de 2011, bien que el documento para el consentimiento de la anestesia fue firmado por otra persona que no es el paciente, aunque no concreta si es un familiar del mismo.

Sin embargo, la presunción de la información suministrada al paciente no ha sido desvirtuada por la parte reclamante por los siguientes motivos:

1º) Si bien la letrada que representa al reclamante afirma que desconoce la firma de quien suscribe el documento de consentimiento informado para la primera intervención (aunque para el órgano instructor dicho dato no resulta relevante en atención a que el paciente firma de forma diferente en varios documentos del historial), lo reseñable en opinión de este Órgano Consultivo es que existe constancia de la información suministrada al paciente en otros documentos del historial, que corrobora que firmó el documento de consentimiento informado para las dos intervenciones. Así en la hoja de evolución de enfermería correspondiente al 28 de febrero de 2011 (folio 61) se anotan todos los pasos dados con el paciente y la firma del documento de consentimiento informado para la primera intervención cuando ingresa:

"Paciente de 58 años que ingresa procedente de consultas por presentar Fx de calcáneo Drcho. No amc, Hta, DID, apnea del sueño, intervenido en múltiples ocasiones por parte de Traumatología. Canalizo VP, se hace preoperatorio completo. Curso IC a Anestesia, firma consentimiento de la intervención. Se pone Tto. con bomba de analgesia, aunque el paciente refiere no sentir dolor y no se le administro. Pte. programar vpara Qx. Visto por Anestesia".

Lo anterior corroboraría la firma por el paciente del documento de consentimiento informado para la intervención obrante en los folios 628 y 629, incorporado al expediente por la Inspección Médica, advirtiendo de los riesgos y las complicaciones de la misma, entre ellas la rigidez articular y el acortamiento del miembro inferior derecho.

Igual ocurre respecto a la intervención de 16 de septiembre de 2011, respecto a la que no se anudan por la reclamante concretas secuelas, y aunque no se localiza el documento de consentimiento informado según se expone, se recoge en el protocolo de preparación del paciente de 16 de septiembre de 2011 (folio 118) que están firmados los documentos de consentimiento informado y que el paciente ha sido informado de la intervención.

2º) Sobre los documentos de consentimiento informado para la anestesia que aparecen suscritos en el historial, la letrada actuante expone que consta la firma de x, y no del paciente, si bien no excluye expresamente que pudiera ser un familiar del mismo. Además, también se infiere de otros documentos del historial que tales consentimientos fueron firmados por el paciente, pues así se hace constar en el estudio de preanestesia del día 28 (folios 626 y 627), en el que se anota en el apartado de observaciones que se firman los consentimientos para anestesia locorregional y general, así como el tipo de anestesia.

A mayor abundamiento, las secuelas alegadas no están relacionadas con la anestesia, como sostiene el órgano instructor.

3º) En todo caso, tampoco se ha cuestionado por la parte reclamante, pese a los riesgos expresados, que hubiera otras alternativas a su patología, aspecto al que se refieren los informes médicos señalando que una vez diagnosticada la fractura fue adecuadamente atendido (conclusiones del Informe de la Inspección Médica) y que requería tratamiento quirúrgico conforme indica el perito de la aseguradora.

Por último, tampoco se concreta la cuantía del daño reclamado, que sólo podría extenderse a la pérdida de oportunidad por los 19 días de retraso, lo que igualmente aboca a la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, al no haberse acreditado los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, sin que tampoco se haya concretado la cuantía indemnizatoria reclamada.

No obstante, V.E. resolverá.