

Expediente Núm. 187/2018
Dictamen Núm. 261/2018

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 27 de diciembre de 2018, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de julio de 2018 -registrada de entrada el día 27 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye al error diagnóstico de una rotura tendinosa.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 12 de septiembre de 2017, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

Expone que en octubre de 2012 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital, donde fue diagnosticado de “tendinitis aquilea”. Al no mejorar de sus dolencias vuelve al centro hospitalario en diciembre de 2012, y tras realizársele una ecografía se aprecia una “rotura” del tendón de Aquiles izquierdo que precisó tratamiento quirúrgico (26 de diciembre de 2012) y

rehabilitador (del 5 de julio al 13 de diciembre de 2013), así como un largo periodo de curas en el centro de salud de referencia (desde marzo de 2013 hasta abril de 2016), "habiendo cicatrizado la herida totalmente el 5 de octubre de 2016".

Manifiesta que "desde el punto de vista clínico ha existido un error en la valoración del estado del paciente el día 3 de octubre de 2012, tipificando como tendinitis lo que en realidad era una rotura del tendón de Aquiles. Tras haber transcurrido aproximadamente dos meses se llegó al conocimiento real de la naturaleza de la lesión, pero entonces ya se habían producido cambios en las estructuras próximas (...) que habían generado un estado de afectación que fue (el) causante de la posterior evolución tórpida tras la ejecución de la cirugía correctora de la rotura tendinosa. Así, el paciente precisó varias actuaciones quirúrgicas posteriores, y el periodo de consolidación se vio incrementado hasta el día 05-10-2016, siendo lo habitual en este tipo de lesiones una convalecencia de entre 6 y 8 meses". Denuncia que el médico que le atendió el día 3 de octubre de 2012 no le efectuó "las pruebas que permitieran el diagnóstico de la rotura del tendón de Aquiles, y si no lo hizo ha sido por su negligencia".

Finalmente señala que ha precisado un tiempo de curación de 1.462 días (del 3 de octubre de 2012 hasta el 5 de octubre de 2016), "teniendo en cuenta que en condiciones normales la consolidación se habría producido en 7 meses (210 días)", por lo que "el periodo de tiempo achacable al retraso en el diagnóstico y a la posterior evolución es de 1.252 días", de los cuales 40 serían de "hospitalización", valorando los 1.212 restantes como "impeditivos". Fija la cuantía indemnizatoria solicitada por este concepto en 73.666,52 €. En cuanto a las secuelas, manifiesta que persiste una "limitación de la movilidad del tobillo", a la que atribuye 3 puntos, y un "perjuicio estético", que valora en 19 puntos, lo que arroja una cifra de 26.997,60 €, que a su juicio ha de ser incrementada "con el 10 % del factor de corrección" (2.699,76 €). En consecuencia, la indemnización solicitada asciende a ciento tres mil trescientos sesenta y tres euros con ochenta y ocho céntimos (103.363,88 €).

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Diversa documentación clínica relativa a la asistencia sanitaria recibida. b) Fotografías de la lesión. c) Informe elaborado por un especialista en Medicina Legal y

Forense el 20 de mayo de 2017 en el que se recoge "la existencia de un error en la valoración del estado del paciente el día 03-10-2012, tipificando como tendinitis lo que realmente era una rotura del tendón de Aquiles./ Tras haber transcurrido aproximadamente dos meses se llegó al conocimiento real de la naturaleza de la lesión, pero entonces ya se habían producido cambios en las estructuras próximas (...) que habían generado un estado de afectación que fue (el) causante de la posterior evolución tórpida tras la ejecución de la cirugía correctora de la rotura tendinosa".

2. El día 19 de septiembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Con fecha 29 de septiembre de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación.

4. Mediante oficio de 6 de octubre de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del Hospital, así como un informe de los Servicios de Urgencias y de Traumatología sobre el concreto contenido de la reclamación.

5. Con fecha 9 de octubre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada el expediente al Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto a fin de que se incorporen al mismo los documentos e informes que estime pertinentes.

6. El día 16 de octubre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

7. Con fecha 18 de octubre de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado en formato electrónico, así como del informe médico emitido el 8 de febrero de 2017 por el Servicio de Traumatología del Hospital, “probablemente a petición del paciente, no constando más seguimiento en dicho Servicio hasta el momento”. En el informe, fechado el 8 de febrero de 2017, la especialista menciona que “fue intervenido quirúrgicamente el día 26 de diciembre para reparación de la rotura tendinosa y plastia de refuerzo con flap tendinosos del sóleo. Inicialmente el paciente sigue una evolución posoperatoria sin complicaciones. Sin embargo, se produce un defecto de cicatrización de la piel, siendo consultado y tratado por el Servicio de Cir. Plástica (enero-2013)./ Por parte del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología se realizan controles ambulatorios mensuales hasta enero-2014, continuando seguimiento con el Servicio de Cir. Plástica”.

El 31 de octubre de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital, En él señala que, “según consta en su historia clínica, acudió a Urgencias Generales el 3 de octubre de 2012 refiriendo `dolor en el tobillo izquierdo y zona del tendón de Aquiles izquierdo tras sufrir un resbalón en las escaleras´. Tras realizarle una historia clínica resumida y una exploración física en la que se objetivaba `tumefacción en tobillo izquierdo con equimosis en región del maléolo interno y con conservación de todos los movimientos de la articulación´ se solicitó una radiografía del tobillo izquierdo para descartar afectación ósea./ El cuadro fue interpretado como `tendinitis aquilea´, para la que no está indicado la realización de más pruebas diagnósticas urgentes. Se le indicaron recomendaciones básicas para el cuadro interpretado y control por su médico de Atención Primaria”.

8. Mediante oficio de 8 de noviembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia completa del expediente a fin de que se incorpore al mismo el dictamen pericial de la compañía aseguradora.

El 5 de diciembre de 2017 emite informe un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. En él manifiesta que "se trata de un paciente joven, albañil en paro y con obesidad, que sufre un traumatismo indirecto sobre su pierna-tobillo izquierdos al resbalarse por unas escaleras. Atendido de urgencia en el (Hospital), la exploración que se describe es la que pudiera corresponder a un esguince de tobillo, debiendo destacar que la movilidad estaba conservada. En principio, una rotura completa del tendón de Aquiles ocasiona una falta de movilidad en flexión plantar; por tanto, cabe pensar que la rotura no era completa. Por otro lado, el nivel de la rotura no mostraría el signo del hachazo descrito, y más tratándose de un paciente obeso. Se realizó un estudio radiográfico del tobillo que fue normal y se diagnosticó una tendinitis aquilea./ A pesar de no ser el diagnóstico real, la atención en Urgencias se puede considerar correcta teniendo en cuenta que los diagnósticos emitidos en este Servicio pocas veces suponen el definitivo, que será determinado tras las posteriores revisiones por parte del especialista (en este caso, el traumatólogo); por ello, sí hubiera sido preferible citar para revisión al paciente con (Cirugía Ortopédica y Traumatología) en lugar de con el médico de Atención Primaria./ Lo cierto es que pasados los dos meses se diagnosticó la lesión real: una rotura prácticamente completa a nivel de la UMT del tendón de Aquiles, decidiéndose un tratamiento quirúrgico correcto, dada la edad del paciente./ La cirugía realizada el 26-12-12 fue técnicamente correcta, mediante sutura directa y refuerzo con una plastia tendinosa de gemelo; sin embargo, apareció la complicación más frecuente en el tratamiento quirúrgico en forma de problemas de cicatrización y necrosis cutánea (...), que por otro lado cursó de forma anormalmente tórpida y problemática a pesar de ser perfectamente tratado por C. Plástica./ En honor a la verdad, hay que decir que esta complicación no fue debida al retraso diagnóstico, como se pretende hacer creer en la reclamación, sino a que (...) es la complicación más frecuentemente descrita en el tratamiento quirúrgico del tendón de Aquiles y que puede presentarse con

mayor probabilidad en personas con mala circulación y/u obsesas, por lo que podía haberse presentado de igual modo aunque el diagnóstico se hubiera realizado el primer día y la cirugía llevado a cabo de forma inmediata, ya que está relacionada con el mejor o peor nivel de vascularización de la piel de la zona (peor en pacientes con las características mencionadas)". Reconoce "la existencia de un retraso diagnóstico de la lesión real del paciente; retraso que no tuvo influencia en la aparición de las complicaciones de cicatrización posteriores".

9. Con fecha 30 de mayo de 2018, el interesado solicita una copia del expediente de responsabilidad patrimonial.

10. Mediante escrito notificado al reclamante el 8 de junio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 20 de junio de 2018 se persona aquel en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran hasta ese momento.

Con fecha 28 de junio de 2018, el perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que insiste en que "existió un error en el diagnóstico" por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias que "provocó que la lesión hubiese empeorado mucho, tal como consta en la ecografía efectuada". Apoya su tesis en que "poco después de ser diagnosticada la rotura, a pesar de las listas de espera existentes, el traumatólogo (...) mandó que se le interviniera quirúrgicamente con absoluta rapidez". Añade que el propio perito de la compañía aseguradora recoge en su informe que "cuanto antes comience el tratamiento conservador, al igual que el quirúrgico, mayor es la posibilidad de éxito".

11. El día 3 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

12. Con fecha 11 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, asumiendo íntegramente las consideraciones que figuran en el informe médico-pericial elaborado a instancias de la aseguradora.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de julio de 2018, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

La presentación de la reclamación el 12 de septiembre de 2017, más de cuatro años después de la fecha en la que se produce la asistencia sanitaria que la motiva -octubre de 2012-, no determina su extemporaneidad, toda vez que nos encontramos ante un supuesto de daños de carácter físico a las personas, por lo que debemos verificar cuándo tiene lugar la determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a consulta, el 26 de diciembre de 2012 el paciente fue intervenido quirúrgicamente para reparación de la rotura tendinosa, y con posterioridad la herida quirúrgica se cronificó por un defecto de cicatrización de la piel. Existe constancia en el expediente de que acude a consultas externas de Cirugía Plástica el 5 de octubre de 2016, y según consta en el informe clínico relativo a esa cita “en ese momento la herida ha cicatrizado totalmente”, por lo que recibe el alta médica.

En consecuencia, y dado que la reclamación se presenta con fecha 12 de septiembre de 2017, es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, observamos que el Servicio de Traumatología se ha limitado a remitir una copia del informe clínico de seguimiento -fechado el 8 de febrero de 2017- que ya figura en la historia clínica, sin abordar las imputaciones vertidas en el escrito de reclamación. Al respecto, este Consejo viene reiterando (entre otros, Dictámenes Núm. 293/2016 y 155/2017) que el trámite de emisión de informe del servicio o servicios implicados en la reclamación no puede entenderse cumplido con la mera exposición del proceso sanitario asistencial, y, por tanto, con anterioridad al inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial. El artículo 81.1 de la LPAC demanda la elaboración de un informe posterior a la presentación de la reclamación que no puede suplirse por la información que sobre este extremo figure en el historial clínico respectivo, ya que ello impide conocer la versión que el servicio implicado pueda tener acerca de datos y consideraciones que consten en la reclamación planteada. No obstante, en el caso examinado, y a la vista de la documentación obrante en el expediente, este Consejo, en aplicación de los principios de eficacia y economía procesal, no considera precisa la subsanación del defecto expuesto, pues la emisión de un nuevo informe por el servicio afectado no supondría variación en el sentido del presente dictamen.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento

normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama una indemnización por los daños que se atribuyen al error diagnóstico de una rotura del tendón de Aquiles.

De la documentación remitida se desprende que el interesado sufrió un traumatismo sobre su pierna-tobillo en octubre de 2012, inicialmente diagnosticado como "tendinitis aquilea", apreciándose dos meses más tarde la existencia de una rotura inveterada del tendón de Aquiles izquierdo que se intervino quirúrgicamente el 25 de diciembre de 2012, y que la curación completa de la herida quirúrgica se extiende hasta octubre de 2016. Por tanto, la realidad del daño alegado ha quedado acreditada con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que proceda efectuar si se concluye que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de

responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

Según los informes que figuran en la historia clínica del paciente, el 3 de octubre de 2012 este acude al Servicio de Urgencias del Hospital refiriendo "dolor en tobillo y zona del talón de Aquiles" tras haber resbalado en las escaleras. Se le efectúa la exploración física y una radiografía, estableciéndose la impresión diagnóstica de "tendinitis aquilea". En diciembre de 2012 vuelve al Servicio de Urgencias, apreciándose la existencia de una "rotura completa del tendón de Aquiles" izquierdo.

En su solicitud inicial el interesado afirma que se ha producido un error diagnóstico y denuncia que el médico que le atendió el 3 de octubre de 2012 no le realizó "las pruebas que permitieran el diagnóstico de la rotura del tendón de Aquiles, y si no lo hizo ha sido por su negligencia". Apoya sus imputaciones en el informe pericial que aporta, en el que se sostiene "la existencia de un error en la valoración del estado del paciente el día 03-10-2012, tipificando como tendinitis lo que realmente era una rotura del tendón de Aquiles".

En contraposición a ello, el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital defiende la asistencia dispensada al perjudicado, y explica que tras realizarle "una historia clínica resumida y una exploración física en la que se objetivaba `tumefacción en tobillo izquierdo con equimosis en región del maléolo interno y con conservación de todos los movimientos de la

articulación se solicitó una radiografía del tobillo izquierdo para descartar afectación ósea”, por lo que “el cuadro fue interpretado como tendinitis aquilea”, precisando que para esta dolencia “no está indicada la realización de más pruebas diagnósticas urgentes”.

Por su parte, el especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora también considera “correcta” la atención en Urgencias. En primer lugar, señala que “la exploración que se describe es la que pudiera corresponder a un esguince de tobillo, debiendo destacar que la movilidad estaba conservada”. Expone que, “en principio, una rotura completa del tendón de Aquiles ocasiona una falta de movilidad en flexión plantar; por tanto, cabe pensar que la rotura no era completa. Por otro lado, el nivel de la rotura no mostraría el signo del hachazo descrito (que consiste en una clara depresión palpable, incluso visible a veces, a nivel de la rotura, si aún no ha aparecido gran inflamación -folio 46-), y más tratándose de un paciente obeso”. En todo caso, cuando en diciembre de 2012 vuelve al Servicio de Urgencias se decide la realización de una ecografía ante los signos de nueva aparición -“hachazo tendón Aquiles izdo.” y “Thompson +”-, y es entonces cuando se aprecia la “rotura completa del tendón de Aquiles” izquierdo (según consta en el informe del Servicio de Urgencias que figura en la historia clínica).

A ello debe añadirse que se le indicó control por su médico de Atención Primaria, sin que en ese periodo conste que se le comunicase la falta de mejoría.

A tenor de lo expuesto este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo evidencien con certeza. Así, a pesar de que en la visita del paciente a Urgencias en octubre de 2012 no se le diagnosticó la rotura tendinosa, este fue correctamente examinado en atención a la clínica que presentaba y se le trató tomando en consideración el resultado de las pruebas practicadas (exploración física y estudios de imagen).

Debemos analizar, por tanto, si ese retraso diagnóstico de dos meses ha podido repercutir en la evolución del enfermo. Diagnosticada la rotura del tendón, el 25 de diciembre de 2012 fue intervenido “para reparación de la

rotura tendinosa y plastia de refuerzo con flap tendinosos del sóleo”, cursando la evolución posoperatoria “sin complicaciones”, tal y como se recoge en el informe del Servicio de Traumatología de 8 de febrero de 2017 (folio 39). No obstante, “se produce un defecto de cicatrización de la piel” -tal y como se recoge en ese informe- con apertura de la herida y zonas de necrosis, siendo derivado para tratamiento y seguimiento por Cirugía Plástica, donde fue intervenido en varias ocasiones. A pesar de todos los intentos realizados, no se logra la epitelización de la herida hasta que en agosto de 2015 comienza a ser tratada con ácido hialurónico, mejorando paulatinamente, siendo alta por cierre de la herida el 5 de octubre de 2016 (folios 32, 33 y 34 de la “historia Millennium”).

El perito del reclamante afirma que “tras haber transcurrido aproximadamente dos meses se llegó al conocimiento real de la naturaleza de la lesión, pero entonces ya se habían producido cambios en las estructuras próximas (...) que habían generado un estado de afectación que fue (el) causante de la posterior evolución tórpida tras la ejecución de la cirugía correctora de la rotura tendinosa”. Sin embargo, el especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que informa a instancias de la compañía aseguradora de la Administración defiende que “esta complicación (problemas de cicatrización y necrosis cutánea) no fue debida al retraso diagnóstico, como se pretende hacer creer en la reclamación, sino a que (...) es la complicación más frecuentemente descrita en el tratamiento quirúrgico del tendón de Aquiles y que puede presentarse con mayor probabilidad en personas con mala circulación y/u obesas, por lo que podía haberse presentado de igual modo aunque el diagnóstico se hubiera realizado el primer día y la cirugía llevado a cabo de forma inmediata, ya que está relacionada con el mejor o peor nivel de vascularización de la piel de la zona (peor en pacientes con las características mencionadas)”. Concluye su informe afirmando que el retraso en el diagnóstico “no tuvo influencia en la aparición de las complicaciones de cicatrización posteriores”.

Estas consideraciones técnico-médicas, de las que el interesado tuvo conocimiento durante el trámite de audiencia, no han sido desvirtuadas en su escrito de alegaciones, por lo que no puede darse por acreditado que el daño

sufrido sea imputable a una mala praxis médica, como pretende el reclamante, toda vez que ni de los informes que él mismo aporta ni de la historia clínica remitida se desprende que un diagnóstico precoz hubiera evitado la aparición de las complicaciones posquirúrgicas.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,