



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 0 7 / 2 0 1 1

(Sección 2ª)

La Laguna, a 14 de noviembre de 2011.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por L.G.L., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 585/2011 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 15 de septiembre de 2011, con RE de 11 de octubre siguiente, la Sra. Consejera de Sanidad interesa de este Consejo preceptivo Dictamen por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.B.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Decreto 429/1993, de 26 de marzo, (RPRP) respecto de la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, incoado a instancia de la reclamante por los daños y perjuicios causados con ocasión de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De la naturaleza de la propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen.

2. La Disposición Adicional Duodécima de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, prevé que la responsabilidad patrimonial de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de la

* **PONENTE:** Sr. Fajardo Spínola.

Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria, y las correspondientes reclamaciones, seguirán la tramitación administrativa prevista en esta Ley correspondiendo su revisión jurisdiccional al orden contencioso administrativo en todo caso. Por consiguiente, en el análisis a efectuar son de aplicación, tanto la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), modificada por la Disposición Duodécima de la Ley 4/1999, de 13 de enero, como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), siendo una materia cuya regulación no ha sido desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello. Asimismo es de específica aplicación la legislación reguladora del servicio público prestado, particularmente la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, así como el Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo, por el que se llevó a cabo el traspaso de funciones y servicios del INSALUD a la Comunidad Autónoma de Canarias.

II

1. En cuanto a la concurrencia de los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio regulado en el art. 106.2 de la Constitución (artículos 139 y ss. LRJAP-PAC), se observa lo que sigue:

- En el presente procedimiento se cumple el requisito de legitimación activa de la reclamante, al pretender el resarcimiento de un daño cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud; en su consecuencia, la reclamante ostenta la condición de interesada conforme a lo previsto en el artículo 31 y 139 de la LRJAP-PAC, en relación al artículo 4.1 del RPRP. Asimismo, concurre el requisito de legitimación pasiva de la Administración autonómica, contra la cual se dirige la reclamación, al ser la titular del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

- Se cumple igualmente el requisito de no extemporaneidad de la reclamación pues la misma se presenta el 13 de octubre de 2008, en relación a unos daños padecidos como consecuencia de una presuntamente deficiente atención sanitaria prestada en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Materno-Insular de Gran Canaria, en fecha 4 de octubre de 2006, acudiendo a rehabilitación hasta el 3 de julio de 2007, constando en dicho informe de 3 de julio de 2007, del servicio de rehabilitación, "que la paciente debe continuar con la RHB (TO)". Consta asimismo en el informe pericial del Dr. P.N., de 16 de septiembre de 2007, que "desde el punto

de vista médico podemos considerar que las secuelas no están estabilizadas en el momento actual dado que la paciente precisa realizar un nuevo ciclo de tratamiento rehabilitador". Se cursó alta médico laboral el 14 de noviembre de 2007. El último control médico fue realizado el 8 de octubre de 2008, fecha en la que se produce la determinación definitiva de las secuelas, a los efectos del cómputo de plazo prescriptivo. De todo lo anterior se deduce que la reclamante ha cumplido el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al interponerla dentro de el plazo de un año legalmente establecido. (Artículo 142.5 de la LRJAP-PAC y artículo 4.2 del RPRP).

- El daño reclamado es efectivo, evaluable económicamente e individualizado en la persona del reclamante, de acuerdo con lo prescrito en el art. 139.2 LRJAP-PAC.

2. El órgano competente para la incoación y admisión a trámite de la reclamación es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud y la Resolución de 22 de abril de 2004, del Director del Servicio Canario de la Salud, por la que se delega en la secretaría General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. La citada Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, revocando la delegación de competencias efectuada mediante Resolución de 13 de julio de 2001, delega en los Directores Gerentes de los Hospitales del Servicio Canario de la Salud de las áreas de salud de Tenerife y Gran Canaria y en los gerentes de Servicios Sanitarios de La Palma y Lanzarote la competencia para la tramitación y propuesta de resolución de los expedientes de responsabilidad patrimonial en su respectivo ámbito de actuación, conforme a lo dispuesto en la Instrucción 6/04, del Director del SCS.

3. La resolución de la reclamación de responsabilidad patrimonial es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración

Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, en relación con el artículo 142.2 de la LRJAP-PAC y 3.2 del RPRP

III

1. El procedimiento se inicia mediante la presentación del escrito de reclamación con fecha de 2 de octubre de 2008, con registro de entrada de 13 siguiente, al que se acompañan sendos informes del servicio de urgencias de 4 y 21 de octubre de 2006, informe de interconsultas de 24 de octubre de 2006, informe de alta del servicio de traumatología, de fecha 1 de noviembre de 2006, informe del servicio de rehabilitación, de 3 de julio de 2007, parte médico de alta por incapacidad laboral, con fecha 14 de noviembre de 2007, e informe electromiográfico, de 16 de agosto de 2007, informe médico pericial del Dr. P.N., de 16 de septiembre de 2007.

2. Por lo que se refiere a la tramitación del expediente ha de señalarse:

- Mediante escrito de la interesada de fecha 30 de octubre de 2008, se procedió a la subsanación y mejora la reclamación presentada, aportando también autorización de acceso a los datos de su historia clínica.

- La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 del RPRP, mediante Resolución de 3 de noviembre de 2008, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

- En las actuaciones consta la realización de los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 78 de la LRJAP-PAC y 7 RPRP), recabándose los preceptivos informes.

- Consta en el expediente la apertura del periodo probatorio, conforme al artículo 9 del RPRP, y el escrito de admisión de prueba de la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, de fecha 14 de agosto de 2009, tras la estimación por Resolución de 2 de febrero de 2010, del Director del Servicio Canario de la Salud, del recurso de reposición interpuesto por la interesada, por el que finalmente se admiten las pruebas testificales propuestas, con notificación de 26 de febrero de 2010.

- Consta en el expediente remitido a este Consejo Consultivo que se llevaron a cabo los trámites de vista y audiencia, una vez concluida la instrucción del procedimiento, con fecha 19 de marzo de 2010, notificado a la interesada el 25 de

marzo de 2010, presentando escrito de alegaciones con fecha 31 de marzo de 2010 y otro de 10 de agosto de 2011. Con posterioridad, el 23 de febrero de 2011, se solicitó al Servicio de Inspección y Prestaciones la concreción de la cuantía indemnizatoria, tras lo cual, y una vez recibido el informe, se dio traslado a la interesada el 17 de marzo. El de 9 de mayo de 2011 se solicitó al Servicio de Inspección y Prestaciones informe complementario a la vista de las alegaciones presentadas por la interesada el día 15 de abril de 2011. En atención a ello, el Servicio de Inspección y Prestaciones emitió Informe Complementario el de 21 de julio de 2011, del cual se dio oportuno traslado, el 1 de agosto siguiente, en un nuevo trámite de audiencia a la interesada, quien presentó nuevas alegaciones el 10 de agosto de 2011.

3. Conforme a lo dispuesto en el artículo 82.1 LRJAP-PAC y al artículo 10.1 RPRP, el órgano instructor ha solicitado y recabado los informes preceptivos, entre ellos el Informe del Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria de fecha 18 de noviembre de 2008, el Informe de la Unidad de Mano, Miembro Superior y Nervio Periférico del Servicio de COT, del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, de fecha 27 de noviembre de 2008, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, de fecha 18 de diciembre de 2008, y los sucesivos informes complementarios. Obra también en el expediente remitido a este Consejo Consultivo la copia de la historia clínica del Centro de Salud Cono Sur, custodiada en el citado Centro de Salud, así como copia de la historia clínica nº 374394, custodiada en el archivo del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, así como los informes médicos y pericial aportados por la interesada.

4. El procedimiento viene concluido con la preceptiva Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de 15 de septiembre de 2011, precedida de otra de 18 de agosto anterior y de un informe-Propuesta del Director Gerente del Hospital Insular Materno-Infantil, de 13 de septiembre de 2010, de sentido parcialmente estimatorio de la reclamación formulada.

5. Consta en el expediente que, en fecha 14 de septiembre de 2011, la Propuesta de Resolución fue informada favorablemente por los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero. El referido informe favorable, no obstante, se considera carente de fundamentación y motivación, folio 364.

- La interesada ha tenido conocimiento de los documentos e informes obrantes en el expediente, constando que solicitó y obtuvo copia íntegra de la totalidad del expediente de responsabilidad patrimonial N° 118/08, al efecto instruido, el cual ha sido puesto de manifiesto durante el trámite de vista y audiencia, previa remisión de la relación detallada de documentos obrantes en el mismo, tal como establece el artículo 11.1, párrafo segundo, del RPRP.

- De todo lo anterior se deduce que en la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos formales que impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, habiéndose tramitado correctamente a excepción del plazo resolutorio (artículos 142.5 LRJAP-PAC y 13.3 RPRP), lo que no se justifica a la vista de los actos de instrucción que constan en el expediente. Los informes solicitados han de ser emitidos en el plazo legalmente establecido (artículos 83.2 LRJAP-PAC y 10.2 RPRP). El procedimiento, sometido además al criterio de celeridad (artículo 74.1 LRJAP-PAC), ha durado hasta el momento más de tres años, lo cual, no obstante, no impide la resolución expresa del procedimiento, a tenor de lo establecido en los artículos 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

IV

1. El fundamento fáctico de la pretensión resarcitoria descansa en la alegación de la reclamante de que el día 4 de octubre de 2006, tras sufrir un accidente con el cristal de una puerta, fue atendida en el servicio de urgencias del Hospital materno Insular, donde según manifiesta se le realizó la siguiente exploración clínica: "Herida superficie hipotenar de 2 centímetros sin afectación musc-tend.ni nerv Antebrazo: herida anfractuosa de 3-4 centímetros de misma profundidad que la anterior, sin afectación tendinosa", donde le suturaron las heridas, y la derivaron a consultas externas. Alega que desde que sufrió el accidente, empezó a sufrir dolores en brazo y mano derecha y en la cicatriz, también sufría calambres muy fuertes en el brazo, con pérdida de la sensibilidad en el segundo dedo de la mano derecha, el tercer dedo no podía doblarlo ni moverlo. El día 21 de octubre, acudió nuevamente al servicio de Urgencias del Hospital Materno Insular, presentando calambres y dolor en la cicatriz del antebrazo, y anestesia del segundo dedo y limitación a la extensión del tercer dedo. El día 24 de octubre de 2008, le volvieron a examinar en el Complejo Hospitalario Materno-Insular, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, siendo remitida con carácter preferente al Servicio de C.T. (Unidad de mano), ingresando el día 30 de octubre de 2006, es decir casi cuatro semanas después del accidente inicial, por secuelas de cicatriz en cara volar de antebrazo, falta de sensibilidad en

2º dedo y dolor y limitación para la extensión en el 3º, con diagnóstico de sección tendinosa y nervio mediano derecho. Siendo intervenida quirúrgicamente el día 31 de octubre de 2006, con "sutura termino-terminal de tendones flexores y nervio mediano derecho".

Permaneció en rehabilitación desde el día 27 de noviembre de 2006 hasta el día 3 de julio de 2007, presentando en aquella fecha "Cicatriz en antebrazo, cara latero interna, muy dolorosa y adherida. Codo: limitación últimos 90º de flexión /extensión, faltan 70º para completar la misma. Dolor a la prona supinación. Muñeca: limitación de la flexión dorsal, menos de 10º y la flexión palmar a partir de los 30º. Dolor a la extensión de los dedos. Inicia la ablución dedos y pulgar y la flexión de los mismos con completa la flexión", según el informe médico que aporta.

- El día 3 de julio de 2007, fecha del alta en rehabilitación, presentaba a la exploración física las siguientes características: "Actualmente en terapia ocupacional, con el objetivo de recuperar la sensibilidad y ganar la máxima funcionalidad. Según la paciente le falta la recuperación de la sensibilidad en la cara palmar del territorio del mediano. El balance articular es libre y la fuerza está recuperada, aunque con debilidad comparándola con la del lado sano y sobre todo la pinza con el tercer dedo. Plan: debe continuar con RHB (OT).La paciente debe procurara evitar la carga de cuerpos pesados hasta completar el proceso de recuperación o su estabilización".

- Permaneció de baja laboral desde el día 5 de octubre de 2006, y hasta el día 14 de noviembre de 2007.

- Según el informe que aporta, de 16 de agosto de 2007, el Dr. M.S. le realizó un estudio electromiografico del miembro superior derecho, que determino que sufría "un atrapamiento sensitivo- motor en nervio mediano derecho, grado moderado / severo, a nivel tercio medio del antebrazo (...)". Considera que el retraso diagnostico supone una conducta negligente por parte del servicio canario de la salud en la que fundamenta su reclamación, al no haber sido intervenida quirúrgicamente hasta el día 31 de octubre de 2006, cuatro semanas después del accidente, con rotura del nervio mediano y de los flexores de la mano derecha, limitándose los facultativos que le asistieron a practicar una sutura cutánea de las heridas (alega que el informe de urgencias las consideró superficiales, con buena movilidad y sensibilidad adecuada), sin que le realizaran ni una sola exploración física de los dedos de la mano, cuando lo que se había producido era una rotura del nervio

mediano derecho y de los flexores de la mano derecha, que debió haber sido intervenida rápidamente. Manifiesta que todo ello le ha provocado unos daños y perjuicios antijurídicos, reclamando la cantidad de cuarenta y seis mil trescientos veinticuatro euros (46.324,00€), que desglosa de la siguiente manera: -20.291,05€ por los días que permaneció de baja laboral, desde el 5 de octubre de 2006 hasta 14 de noviembre de 2007; - 10.632,24€ por la secuela de perjuicio estético moderado; - 15.214,80€ por la secuela de paresia del nervio mediano, de grado moderado/severo; -185,91€ por los tres días de ingreso hospitalario para ser intervenida quirúrgicamente.

En conclusión, la reclamante sostiene que el inicial diagnóstico fue erróneo pues se limitó a considerar que sufría herida superficial, cuando en realidad se trataba de la sección del nervio mediano derecho y sección tendinosa de los flexores de la mano derecha, lesiones que, según alega, deben tratarse como verdaderas urgencias quirúrgicas y que frecuentemente están asociadas a lesiones neurovasculares. El fracaso de la reparación primaria significa una incapacidad prolongada y exige múltiples reintervenciones, como especifica en el folio 4 de su escrito inicial, reproduciendo el informe pericial que aporta. Añade que la reparación primaria de un tendón debe realizarse dentro de las primeras doce horas de la lesión y que la reparación efectuada cuatro semanas después se convierte en reparación secundaria tardía, todo ello en base al informe médico-pericial.

2. La Propuesta de Resolución, en base al informe del Servicio, desestima parcialmente la reclamación, al considerar que, en relación a la sección tendinosa, la demora en su sutura no ocasionó consecuencias, como refleja la historia clínica, mientras que, y en lo referente a la sección del nervio meridiano derecho, considerando un hipotético retraso en la curación del mismo así como el dolor sufrido por la paciente hasta su intervención quirúrgica, cuatro semanas después del accidente, no siendo posible discernir el papel jugado por el tiempo transcurrido hasta su sutura y el daño inherente a la lesión sufrida, propone indemnizar a la interesada en la cantidad de 9.000,00€.

3. La reclamante mantiene que a consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria y la actuación negligente de los servicios médicos de urgencias del HUIMI, prestada el día 4 de octubre de 2006, se le produjeron secuelas, al no haberse realizado las pruebas diagnósticas que hubieran evitado además la pérdida de oportunidad.

4. Procede analizar, primeramente, si ante los síntomas que presentaba la paciente en el momento de acudir a urgencias el 4 de octubre, debió sospecharse la existencia de la sección del nervio mediano derecho y la sección tendinosa de los flexores de la mano derecha.

- De la prueba practicada resulta acreditado que cuando la paciente acudió al ya mencionado servicio de urgencias, el día 4 de octubre de 2006, presentaba "heridas incisivas en miembro superior derecho, presentando en superficie hipotenar y en cara palmar de antebrazo, esta última en menor profundidad. No se objetiva afectación tendinosa ni neuro-vascular y a la exploración clínica del MSD resulta: En superficie hipotenar herida superficial de 2 cm. sin afectación músculo-tendinosa ni neuro-vascular. En antebrazo herida anfractuosa de 3-4 cm., sin afectación tendinosa. Buena movilidad distal, pulsos conservados y sensibilidad conservada", tras lo cual y bajo el diagnóstico de herida incisa en antebrazo se recomienda curas diarias, antiinflamatorios y vacuna antitetánica. Se deriva a control por Médico de Cabecera", consultas externas, tras sutura de las heridas incisas.

- Consta en el acta de prueba testifical, obrante en los folios 263 a 266, relativa a la declaración del Dr. M.F.M., médico de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, quien asistió a la paciente en el servicio de urgencias el 4 de octubre de 2006, que la interesada presentaba dos heridas, una en la superficie hipotenar superficial de 2 cm de longitud y otra en el antebrazo anfractuosa de 3-4 centímetros de longitud, ratificándose en el informe de urgencias en su momento efectuado, sin que se evidenciase en la exploración física alteración músculo tendinosa ni nerviosa. Refiere que el informe refleja que no había afectación de las estructuras, refiriéndose a la sección tendinosa o tendinosa-nerviosas, y que para descartar dichas lesiones se realiza una exploración física en la que se comprueba la movilidad de la flexo extensión y la sensibilidad de la articulación metacarpofalángica, interfalángica distal y proximal, así como la realización de la pinza. En el momento de realizar la exploración física en el servicio de urgencias el declarante no constató déficit motor ni sensitivo y que, aunque dice ser poco habitual, puede haber una inicial rotura parcial de tendones y nervios que en un segundo momento se hace total. Manifestó no recordar, ni tampoco consta en el informe de urgencias, que la paciente refiriera que no podía mover la mano, ni los dedos y que no tenía sensibilidad en los mismos, afirmando que la sección tendinosa nerviosa no requiere una intervención quirúrgica de urgencias y que la paciente fue remitida a su médico de cabecera para ulterior seguimiento y evaluación, tras su

actuación en el servicio de urgencias. En respuesta a la pregunta número 9 responde que en la evaluación de la paciente no tuvo dudas al no haber advertido en la evaluación déficit motor ni nervioso. En definitiva, manifiesta el facultativo declarante que atendió a la paciente en urgencias objetivando una herida en la que no evidencia lesión tendinosa y nerviosa y tras la actuación de urgencia la remite al médico de cabecera para posterior control.

- Según describe la historia clínica de Atención Primaria, el 5 de octubre de 2006 presentaba heridas/laceraciones. En fecha 6 de octubre se aprecia buena evolución, sin que conste en la historia clínica que la paciente presentara alguna sintomatología diferente. El 10 de octubre, por el Servicio de Traumatología se describe disminución de la sensibilidad y parestesias en 1º-2º-3º dedos de la mano derecha. Tras retirar la sutura se observa que la herida presentaba buen aspecto. En este momento se presenta, por primera vez, según el informe de la inspección, la disminución de la sensibilidad y parestesia en los tres primeros dedos de la mano derecha.

- Según se desprende del contenido del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, ya citado, folios 133 a 138, la primera manifestación clínica, del alcance de las lesiones sufridas, se produce el 10 de octubre de 2006, es decir 6 días después del traumatismo, y está referida a la disminución de la sensibilidad y parestesias 1º-2º-3º dedos de la mano derecha; la segunda manifestación clínica se produce el día 21 de octubre siguiente, 17 días después de la lesión, en lo que respecta a la pérdida de sensibilidad del 2º dedo y limitación a la extensión del 3er dedo, situación que provoca la solicitud de intervención quirúrgica, que se efectúa 10 días después, el 31 de octubre de 2006, por lo tanto 27 días después de la lesión.

- Como se ha dicho anteriormente, el 21 de octubre de 2006 la paciente acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, por dolor en cicatriz de antebrazo, refiriendo hipoestesia desde el momento del traumatismo, el 4 de octubre anterior. Es en este momento en el que se aprecia la pérdida de la sensibilidad del 2º dedo y la limitación de la extensión de 3º. Puesto que se observa que ese día ha recuperado la sensibilidad salvo en el indicado 2º dedo. "Con dolor y calambre intenso en el 3º dedo a la extensión. A la exploración clínica: no muestra sensibilidad del 2º dedo. Se aprecia limitación a la extensión del dedo 3º. Se recomienda tratamiento médico y control en consultas externas del COT", al que fue derivada el 24 de octubre siguiente, presentando a la exploración física: "Dolor a la movilización pasiva de los dedos. Adherencia a nivel de la cicatriz.

Anestesia territorio nervio mediano. Tinel en cicatriz", por lo que se recomendó revisión quirúrgica de la cicatriz.

5. Así las cosas, el 30 de octubre de 2006, ingresa en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, hasta el 1 de noviembre de 2006. En ese momento presentaba "secuela de cicatriz en cara volar de antebrazo. Falta de sensibilidad en 2º dedo y dolor y limitación para la extensión en el 3º". La intervención quirúrgica, efectuada el 31 de octubre, constata "sección tendinosa del flexor carpi radialis (FCR), del flexor pollicis longus (FPL), del flexor superficialis de los dedos índice y medio (FS D2, D3) y sección del nervio mediano derecho". Se practicó sutura término-terminal de tendones flexores y nervio mediano derechos. La incisión se efectúa en cicatriz en cara volar de antebrazo, con el resultado de que se amplía proximal y distalmente.

6. Derivada por el Servicio de COT a Rehabilitación y a la Unidad de Mano, es valorada por el Servicio de Rehabilitación el 27 de noviembre de 2006, presentando "cicatriz en antebrazo, cara latero interna, muy dolorosa y adherida. Codo: limitación últimos grados de flexión/extensión, faltan 70º para completar la misma. Dolor en la prono - supinación. Muñeca: limitación a la flexión dorsal, menos de 10º y la flexión palmar a partir de los 30º. Dolor a la extensión de los dedos. Inicia abducción de dedos y pulgar y la flexión de los mismos completa". Iniciando tratamiento rehabilitador que evolucionó favorablemente pese a que, al parecer, fue voluntariamente interrumpido, folios 277 y 278.

7. El 5 de marzo de 2007, en la revisión por el Servicio de Traumatología se hace constar: "tendones funcionan bien". Continúa con Tinel en palma de la mano. Comienza terapia ocupacional. Revisión en un mes". En la siguiente revisión médica, un mes después de la anterior, el 9 de abril de 2007, se hace constar: "muy bien. Tendones funcionando perfectos". En la revisión médica de 11 de junio de 2007, consta: Sensibilidad de protección. La próxima revisión se planifica para un año después. "En último control, 8 de octubre de 2008, presentaba movilidad completa en la mano derecha y sensibilidad de protección. Consideración que el Servicio de Traumatología considera como definitiva".

8. Alega la reclamante que el transcurso del tiempo entre la primera asistencia médica, el 4 de octubre, y la intervención quirúrgica, el 31 de octubre, supone para el perito particular, folio 30, que se realizó una reparación secundaria lo que ha mermado de manera importante el resultado final de la intervención quirúrgica y ha

provocado las actuales secuelas. La herida inicial era de 2 centímetros, mientras que la cicatriz quirúrgica es de 23 x 0.5 centímetros, lo que en su opinión deriva directamente del retraso de la cirugía y del acortamiento de la musculatura flexora. Considera el perito, en base al estudio electromiográfico de 16 de agosto de 2007, que la paciente presentaba, en esa fecha, un atrapamiento sensitivo-motor en el nervio Mediano derecho, de grado moderado a severo, a nivel del tercio medio del antebrazo que considera causado, "posiblemente" por la cicatriz posquirúrgica, por lo que considera previsible que la paciente precise una nueva intervención quirúrgica.

Respecto a dichas manifestaciones, de las pruebas testificales practicadas, entre las que cabe destacar la del facultativo especialista en Traumatología que practicó la intervención quirúrgica el 31 de octubre de 2006, folio 270 y ss., se desprende que en el caso que nos ocupa hubo una sutura directa sin acortamiento de los cabos y una movilización temprana, lo cual es el objetivo perseguido, con independencia de la conveniencia de realizar dicha intervención en el menor tiempo posible, que en el momento de la cirugía fue posible reparar todas las lesiones de forma directa, manifestando que, con carácter general, cuanto más se retraen los tendones la incisión quirúrgica ha de ser mayor, de lo que se desprende que ello es debido al mayor tiempo transcurrido entre la lesión y la intervención. Manifestó que el retraso de la sutura secundaria de las lesiones nerviosas es posible de forma terminal en las primeras 6 y 8 semanas.

V

1. Consecuencia directa de todo lo anterior, y teniendo en cuenta que la propia Administración parece reconocer un error de diagnóstico inicial que provocó un retraso en la intervención quirúrgica, convirtiendo a ésta en reparación secundaria, cabe deducir la necesidad de practicar una mayor incisión quirúrgica debido a que la retracción de los tendones es mayor, precisamente por el mayor tiempo transcurrido desde la lesión. Por ello, consideramos que la reclamante ha de ser también indemnizada por ese mayor perjuicio estético, no por causa de la cicatriz quirúrgica en sí misma, en todo caso inevitable ante la lesión sufrida, sino por la mayor longitud de la misma, que tiene una dimensión total 23 x 0.5 centímetros. Por ello, consideramos que ha de reconocerse una indemnización por los perjuicios estéticos derivados de la mayor longitud de la cicatriz, valorada en un 50% del importe correspondiente según las tablas de aplicación. Del reconocido retraso en la intervención quirúrgica ha de derivarse también la lógica consecuencia de una mayor

duración de la situación de baja por incapacidad temporal por contingencias comunes, debiendo indemnizarse a la reclamante por el periodo de baja equivalente al tiempo transcurrido entre la lesión, 4 de octubre, y la intervención quirúrgica, 31 de octubre, es decir 27 días, de los que hay que descontar los tres días que permaneció hospitalizada, pues dicho ingreso hospitalario era inevitable en todo caso.

- Consideramos que también es procedente la indemnización que se propone por el Servicio de Inspección y Prestaciones derivada del hipotético retraso en la reparación y curación del nervio Mediano y el dolor sufrido por la reclamante hasta la fecha de la intervención quirúrgica, lo que en nuestra opinión compensa también la pérdida de oportunidad.

- Respecto a los criterios de valoración del daño, procede acudir al "Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación" contenido en el Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a motor, TRLSVM (aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre).

- El art. 141.2 LRJAP-PAC establece que la indemnización se calculará recurriendo en primer lugar a los criterios normativos de valoración. Los criterios normativos para la valoración de daños personales en nuestro ordenamiento están recogidos en el Sistema del mencionado Anexo; por lo que procede valorar la indemnización conforme a sus criterios de cuantificación.

- La cifra resultante, por mandato del art. 141.3 LRJAP-PAC, se ha de actualizar a la fecha en que se ponga fin al procedimiento con arreglo al índice de precios al consumo fijado por el Instituto Nacional de Estadística. Según el apartado 10 del Anexo citado las cuantías que fija se actualizan automática y anualmente conforme a dicho índice, haciéndose pública esa actualización por Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, (Resolución de 20 de enero de 2011, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, BOE núm. 23 de 2011).

2. Respecto al resto de los daños por los que se solicita indemnización, coincidimos con la propuesta de resolución, que los desestima, pues entendemos que la demora en la sutura del tendón no ocasionó consecuencias a la vista de la recuperación de los mismos evidenciada en el expediente.

3. Téngase en cuenta que el informe pericial aportado por la reclamante es de fecha 16 de septiembre de 2007 y que la exploración física se efectuó en la consulta del perito informante el día 24 de agosto de 2007, es decir, con anterioridad a la revisión de 8 de octubre de 2008 realizada en el Servicio de Traumatología, en la que se concluye con "carácter definitivo" que la paciente tiene "movilidad completa de la mano y sensibilidad de protección". El informe pericial también es anterior a la revisión, por el indicado Servicio de Traumatología, de fecha 8 de octubre de 2007, en la que se aprecia "movilidad completa de la mano derecha", sin que se hayan producido ninguna de las complicaciones relacionadas en el informe pericial (necesidad de injerto, deterioro de los cabos, acortamiento de la musculatura extrínseca, mayor dificultad de la reparación quirúrgica termino-terminal y necesidad de injerto tendinoso). No se acreditan por consiguiente negativas consecuencias en la demora diagnóstica que hubiesen agravado o empeorado la salud de la paciente. De la falta de inicial diagnóstico certero no cabe deducir un daño real y cierto, a excepción del mayor perjuicio estético y de la presumible mayor duración de la situación de baja, así como del daño reconocido por la Administración en su Propuesta de Resolución. Es decir, la abundante prueba practicada, tanto documental, pericial como testifical, no avala la existencia de relación de causalidad entre el inicial diagnóstico y los restantes daños por los que se reclama.

4. Llegados a este punto, cabe concluir que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, sin perjuicio de que consideremos también procedente indemnizar a la reclamante en la cuantía del 50% de los daños consistentes en el perjuicio estético por cicatriz quirúrgico, así como por la mayor duración de la situación de baja médica como se ha expuesto anteriormente, además de la cantidad de 9.000,00€ para indemnizar el dolor padecido hasta la intervención quirúrgica y por la pérdida de oportunidad a recibir *ab initio* el tratamiento indicado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a derecho. No obstante y respecto a la valoración de los daños se estima oportuno indemnizar a la reclamante en la forma establecida en el Fundamento IV.1 y 4.