



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 3 9 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 27 de junio de 2013.

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 F.R.V., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 238/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un Organismo autónomo de la Administración autonómica.

De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto 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 (LRJAP-PAC), y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

2. Sobre este asunto ya recayó el Dictamen de este Consejo 304/2012, de 18 de junio, en el que, sin entrar en el fondo del asunto, se concluyó en la no conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución culminatoria del expediente al no haberse completado adecuadamente la instrucción del procedimiento por las razones que allí

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

se explicitaron. Se estimó en consecuencia la procedencia de retrotraer las actuaciones a fin de que se solicitasen nuevamente los informes de los servicios afectados y, una vez emitido éstos, se concediese nuevo trámite de vista y audiencia a la interesada, con elaboración, por último, de nueva Propuesta de Resolución, a ser dictaminada por este Consejo.

Una vez practicadas las señaladas actuaciones, se ha solicitado nuevamente la emisión del Dictamen de este Consejo.

II

1. La reclamación que ha dado origen al presente procedimiento ha sido presentada por F.R.V. como consecuencia de los daños que considera se le han causado con ocasión de la asistencia sanitaria. En su escrito inicial expresa, entre otros extremos, lo siguiente:

“SEGUNDO.- Que la firmante sufrió (un accidente por agresión) con fecha 25.09.2004 en el que resultó la fractura de falange ½ del 4º dedo de la mano derecha, siendo asistida de urgencias en el ambulatorio de San Jurjo (Las Palmas de G. C.) y de allí la remiten al Hospital Dr. Negrín, quienes le manifiestan que acuda al día siguiente (26.09) a ser intervenida quirúrgicamente de la fractura.

TERCERO.- Que el día 26 de septiembre de 2004 ingresa por el servicio de urgencias, siendo intervenida mediante reducción y osteosíntesis con aguja de Kirschner falange ½ dedo 4º mano derecha por los Dres. (...), siendo dada de alta al día siguiente.

CUARTO.- Posteriormente continúa en revisiones periódicas externas donde la remiten a Rayos X y a consulta, le retiran los puntos el día 14.10.2004 y la aguja el día 28.10.2004.

El día 11.11.2004 se aprecia menos movilidad del foco de fractura, el día 1.12.2004 se evidencia que le cuesta mover el dedo.

No existía unión alguna en el hueso de la intervención.

QUINTO.- Ante la situación, la suscribiente interesa una segunda opinión, siendo remitida al Hospital Insular, siendo atendida en principio por el Dr. (...) y posteriormente participó en la segunda operación el Dr. (...).

Le colocan una férula de extensión para recuperar un poco de movilidad hasta la operación, poniéndola en lista de espera para ser nuevamente intervenida toda vez que el dedo aún seguía roto.

SEXTO.- Finalmente, el día 02.08.2005, bajo anestesia loco regional se le interviene quirúrgicamente por los Doctores (...) realizándose osteotomía + osteosíntesis + injerto en 4º dedo mano derecha, luego se le da el alta para tratamiento ambulatorio.

Que en la operación tuvieron que extraer hueso esponjoso de la muñeca para colocarlo en la fractura.

Los doctores que le trataron por segunda vez y dado el fracaso de la primera intervención, señalaron la necesidad de haberla intervenido dentro del plazo de 3 meses desde la primera intervención para que no perdiera, cosa que no hicieron, lo que generó que el hueso perdiera la forma propia y la movilidad del dedo (...)"

La reclamante añade que como consecuencia de la deficiente intervención quirúrgica le han quedado como secuelas la deformidad del dedo, quedando más corto y sin movilidad en la última falange, dolor, pérdida de fuerza y depresión generada como consecuencia de la deformidad.

Reclama una indemnización de 45.000 euros por la mala praxis en la intervención y la demora de la segunda intervención practicada.

2. En el presente procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega daños sufridos como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 7 de mayo de 2007, en relación con la asistencia prestada a partir del día 26 de septiembre de 2004 y en la que no se determinó el alcance de las secuelas hasta el 20 de junio de 2006. No puede en consecuencia ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el artículo 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la 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 Salud.

La resolución de la reclamación 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 Canarias.

III

1. En el expediente se encuentra acreditado que la paciente sufrió el 25 de septiembre de 2004 un traumatismo en 4º dedo de mano derecha.

Es diagnosticada mediante radiografía en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín de fractura transversal desplazada en falange media de IV dedo mano derecha.

Dado el desplazamiento del foco de fractura, se intenta reducción cerrada bajo escopia que no consigue la alineación por probable interposición de plaza volar, decidiendo entonces proceder a reducción abierta en quirófano.

Se practica preoperatorio, se firma consentimiento informado y, aproximadamente a las 12.45 horas del día 26 de septiembre se sometió a cirugía consistente en reducción y fijación de la fractura, realizándose radiografía de control que muestra buena alineación. Es valorada por el facultativo, que hace constar en la historia clínica que "se habla con la paciente y se le explica la naturaleza y complicaciones de su fractura". Causa alta hospitalaria al día siguiente.

La paciente siguió controles posteriores en el mismo Centro hospitalario entre el 5 de octubre y el 21 de diciembre de 2004, fecha ésta en la que pidió una segunda opinión y traslado al Hospital Insular.

El 27 de diciembre acude a Facultativo privado, objetivando éste retardo en la consolidación, deformidad en extensión de la segunda falange del 4º dedo de la mano derecha y rigidez de interfalángica proximal y distal.

Este facultativo, al que acude en régimen privado, es el mismo que reclama la paciente que la trate en el Hospital Insular.

En el citado informe privado se recomienda material ortoprotésico para el dedo, consistente en férula dinámica. Asimismo, dentro del plan propuesto, se valora la

posibilidad de intervención quirúrgica consistente en reducción fijación e injerto de esponjosa.

El 7 de mayo de 2005 es incluida en lista de espera quirúrgica del Hospital Insular para osteotomía y osteosíntesis de falange, practicándose la intervención el 2 de agosto de 2005. La paciente acude a revisiones y controles posteriores en las fechas 22 de agosto, 5 de septiembre, 17 de octubre, 12 de diciembre de 2005, 9 de enero y 18 de diciembre de 2006.

En informe del mismo facultativo de 5 de julio de 2007 se indica que la paciente fue valorada por última vez el 18 de diciembre de 2006, siendo la evolución satisfactoria con una limitación de la movilidad de la interfalángica distal y dolor en relación con cambios meteorológicos.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar que las actuaciones practicadas por los facultativos responden a las exigencias de la *lex artis* y no son la causa de las secuelas padecidas. Concluye por ello que no concurren en el presente caso los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

La reclamante fundamenta su pretensión resarcitoria en dos motivos de diferente orden. Aduce, como ya ha quedado señalado, que se produjo mala praxis en la intervención inicialmente practicada y una demora injustificada en la que se llevó a cabo en una segunda ocasión para tratar de corregir el estado de la falange.

A los efectos de acreditar la mala praxis aducida en relación con la primera intervención aporta un informe pericial en el que, entre otras consideraciones, se estima que existe una relación directa y clara entre la intervención quirúrgica realizada y los resultados posteriores, teniendo en cuenta que se utilizó una sola aguja de Kirschner y no aguja cruzada y que aquélla fue retirada prematuramente.

Los informes médicos obrantes en el expediente son coincidentes en afirmar que tanto la técnica utilizada como la retirada de la aguja fueron acordes a la *lex artis*.

Informa así el facultativo que intervino a la paciente que se trata de una fractura transversa de falange media producida por una agresión, lo que hace que sea considerada de alta energía, por lo que las partes blandas se encuentran contundidas. La inestabilidad de esta fractura se debe, en primer lugar, al trazo de la misma, que hace que la sección de la superficie de la fractura sea de pocos milímetros cuadrados y, en segundo lugar a la fuerza ejercida por los tendones

extensores y flexores que actúan sobre la zona. Esta inestabilidad, explica, hace que sea muy difícil, por no decir imposible, conseguir la reducción y osteosíntesis de forma cerrada, que se intentó en la paciente el día previo a la intervención, por lo que precisó realizar un abordaje quirúrgico abierto mediante la técnica de Pratt.

El facultativo además, en respuesta a la opinión del perito, indica que no fue posible la colocación de agujas cruzadas por las características del hueso, que presentaba una sección mínima que impidió la síntesis con más de una aguja.

En relación con la comprobación de la alineación y estabilidad en la síntesis de la fractura durante el acto quirúrgico informa que se realiza bajo visión y palpación directa en el acto operatorio, movilizand las articulaciones adyacentes para comprobar la fuerza de la síntesis realizada antes de dar por finalizada la intervención. La radiografía de control realizada el mismo día mostró, de acuerdo con el informe radiológico, "buena alineación", lo que demuestra que la intervención fue exitosa y logró los objetivos propuestos, que son la reducción correcta de los fragmentos óseos y conseguir una síntesis estable. En la radiografía se comprueba además que la aguja contacta tanto con el fragmento proximal como con el distal.

Los demás informes obrantes en el expediente (del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Dr. Negrín y del Servicio de Inspección) consideran asimismo correcta la técnica quirúrgica practicada. Así, indica el primero de los citados que en el acto quirúrgico se comprobó que se conseguía la reducción y osteosíntesis estable con una aguja de Kirschner, comprobando in situ que la aguja atravesaba los dos fragmentos fracturarios y la osteosíntesis era estable, lo que se constató con radioscopía en la intervención, con la radiografía de control postoperatoria y con las radiografías ulteriores.

Por su parte, el Servicio de Inspección indica que existen descritas diferentes técnicas quirúrgicas para reducir las fracturas de falange media, correspondiendo al facultativo especialista, durante la intervención quirúrgica y a la vista de los hallazgos, por las características de las fracturas y del hueso (la falange media tiene una diáfisis estrecha), valorar aquella que específicamente considera. En este caso realiza la técnica de Pratt, que está perfectamente descrita y recomendada para el tipo de lesión sufrida.

Por lo que respecta a la alegada premura en la retirada de la aguja, los citados informes ponen de manifiesto que fue retirada en tiempo correcto, cuatro semanas después de la cirugía (28 de octubre de 2004), a fin de que la inmovilización no sea tan prolongada que provoque rigidez y vistos favorables los controles radiográficos

previos (26 de septiembre y 14 de octubre de 2004) y ello a pesar de que pueda perderse parcialmente la reducción obtenida, como efectivamente ocurrió.

Indican que, como norma general, la inmovilización de una fractura de falange no debe mantenerse hasta que se aprecie radiológicamente la consolidación de la fractura con aparición de callo óseo, ya que la inmovilización de estas fracturas más de tres/cuatro semanas puede conllevar rigidez por artrofibrosis de las articulaciones interfalángicas.

Alega por otra parte la reclamante, con base en el informe pericial aportado, que la segunda intervención se llevó a cabo con excesiva demora, lo que ha incidido en la reabsorción ósea y en la situación final de no consolidación.

Sobre este extremo explica el informe del Servicio de Traumatología del Hospital Dr. Negrín que en la evolución de estas fracturas, el hueso neoformado en el callo fracturario engloba el aparato extensor, que queda adherido y sólo un intenso programa de rehabilitación activa y, más aún, pasiva, con férulas dinámicas de extensión, etc., consiguen mejorar con mucho sacrificio la movilidad digital en algunos grados, pero es muy difícil o casi imposible llegar a recuperar una función completa. Por tanto, la operación realizada el 2 de agosto de 2005, casi un año después, se limitó a tratar la deformidad del callo de la fractura, pero era muy difícil recuperar la movilidad digital, ni aun añadiendo tenolisis (o liberación tendinosa). Concluye por ello que, cuando se instaura una rigidez digital por adherencias tendinosas, ni actuando al primer mes, a los tres meses o a los diez meses, cambia mucho la dificultad para recuperar la movilidad completa, sólo se podría corregir dentro del primer mes, pero es el tiempo mínimo necesario para consolidar el hueso.

Indica por su parte el Servicio de Inspección que no consta en ningún documento clínico, privado o público, la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente o siquiera preferente. Ello se debe a que el facultativo que llevó a cabo la segunda intervención, cuando atendió a la paciente de forma privada, sólo efectúa un plan consistente en valorar la posibilidad de una segunda cirugía que permitiese minorar la evolución indeseable que presentó la fractura, por lo que no se aprecia demora alguna. Además, el resultado obtenido con esta segunda intervención fue favorable, según describe el facultativo que la intervino en informe de 5 de julio de 2007, mencionando exclusivamente la limitación de la movilidad de la articulación interfalángica distal y dolor en relación con los cambios meteorológicos. Desconoce

por ello, manifiesta, el argumento del perito cuando refiere que la intervención no dio solución al problema, "posiblemente por el tiempo transcurrido".

Estos informes son asimismo coincidentes en afirmar que la limitación de la movilidad de la articulación interfalángica distal padecida como secuela por la reclamante deriva de la propia fractura sufrida y no de la asistencia sanitaria. Se constata que se trata de una lesión de mal pronóstico funcional a priori, por la propia anatomía de dicho hueso, al que se encuentran casi adheridos el aparato extensor y sus bandaletas (o retináculos). Por ello, cualquier fractura, que requerirá inmovilización o actuación quirúrgica, va a sufrir adherencias del aparato extensor al callo de la fractura y va a cursar con rigidez postraumática. En definitiva, la causa de la rigidez se debe a la propia gravedad y anatomía de la fractura del dedo en la segunda falange y cualquier actuación lleva a una pobre recuperación funcional.

De los informes médicos reseñados resulta pues que la técnica inicialmente utilizada para tratar la fractura y el momento en que se procedió a la retirada de la aguja resultaron acordes a la *lex artis* y que el tiempo transcurrido hasta que se practicó la segunda intervención no ha resultado determinante de la limitación funcional padecida. Esta secuela se ha debido pues, no a la asistencia sanitaria prestada, sino a las propias características de la fractura. No procede en consecuencia declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por los hechos reclamados.

C O N C L U S I Ó N

De acuerdo con lo expuesto, procede desestimar íntegramente la reclamación presentada.