



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 4 3 8 / 2 0 1 3

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de diciembre de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado ante la reclamación de indemnización formulada por E.G.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 466/2013 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS) iniciado por E.G.G. en solicitud de una indemnización por los daños cuya causación imputa a la negligencia profesional de los facultativos que la atendieron en el marco de la asistencia sanitaria pública que presta aquél.

2. Atendiendo a la fecha de presentación de la reclamación, la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo y la legitimación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo resultan de los arts. 11.1.D.e) - en su redacción anterior a su modificación por la Ley 5/2011, de 17 de marzo- y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 12, de carácter básico, 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.

3. La reclamación no es extemporánea porque se ha presentado dentro del plazo fijado en el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico

---

\* PONENTE: Sr. Fajardo Spínola.

de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

4. Conforme al art. 13.3 RPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que se ha superado ampliamente en este procedimiento; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un Dictamen de fondo.

## II

1. Según la reclamación de la interesada su fundamento fáctico estriba en que los facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) del SCS, que la atendieron por sufrir una fractura de muñeca se limitaron a reducir la fractura y a escayolarla, cuando lo correcto habría sido operarla de inmediato. Esta negligente actuación profesional determinó una mala consolidación de la fractura, que obligó a que la intervinieran quirúrgicamente para corregirla, pese a lo cual le han quedado secuelas. Solicita que se le indemnicen éstas y las incomodidades que ha sufrido como consecuencia de no haberla operado inmediatamente.

2. Para el examen de la pretensión resarcitoria son relevantes los hechos que resultan de la documentación clínica y los informes médicos obrantes en el expediente y que se resumen en los siguientes apartados.

3. La interesada, de nacionalidad española, con domicilio en (...), Suiza, en el transcurso de un viaje turístico a Canarias, sufrió una caída el 12 de febrero de 2009, a consecuencia de la cual sufrió un traumatismo en la muñeca izquierda, que la obligó a acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) en Santa Cruz de Tenerife.

4. En la fecha de la caída la interesada era de 63 años de edad.

5. En el Servicio de Urgencias, los facultativos que la exploraron apreciaron deformidad e impotencia funcional en la muñeca izquierda. La radiografía que le realizaron permitió determinar que había sufrido una fractura de radio distal del tipo denominado fractura de Colles.

6. Los facultativos procedieron a la reducción de la fractura y a su inmovilización mediante una férula de yeso para lograr su consolidación. En el informe de alta de 12 de febrero de 2009 del Servicio de Urgencias los facultativos le indicaron que debía ser controlada por su médico de cabecera.

7. La paciente continuó viaje a Lanzarote, donde, cinco días después, el 17 de febrero, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa (HDJMO) por dolor y tumefacción en la muñeca. Allí le sustituyeron la férula de yeso y le recetaron analgésicos, tras lo cual mejoró de sus síntomas. En el Informe de Urgencias que expidió el facultativo que la atendió se indica la necesidad de que su estado sea controlado por su médico de cabecera.

Según refiere el informe, de 27 de marzo de 2009, del Doctor B., de (...), Suiza (informe que ha sido aportado por la interesada y cuya traducción obra en los folios 93 a 94 del expediente) la paciente regresó a Suiza donde, dos semanas después de la caída, el 26 de febrero de 2009, acudió a su médico de cabecera que la derivó al Hospital de L., para programar una operación, ya que la fractura no había consolidado correctamente y debía intervenir. Sin embargo, esta operación no se pudo practicar porque se comprobó que la paciente adolecía de una osteoporosis severa, ante lo cual los facultativos prescribieron un tratamiento para la osteoporosis.

En este informe se diagnostica una fractura intraarticular típica del radio izquierdo mal consolidada, el cual se ha desplazado y acortado respecto al cúbito que presenta rotura de la apófisis estiloides y está acompañada de algodistrofia (compresión del nervio mediano). En él se prescribe que se trate primero ésta y luego iniciar la terapia de la mano para recuperar fuerza y movilidad en la muñeca y los dedos; y que más adelante, pero no antes de seis meses, se podría valorar la posibilidad de una intervención quirúrgica a fin de acortar el cúbito. En dicho informe se destaca que *"la operación prevista en el Hospital L., se canceló sin duda acertadamente"* (*"Die im Spital L. vorgesehene Operation wurde sicher zu Recht abgeblasen"*) y concluye con la siguiente afirmación: *"Selbstverständlich hätte diese Fraktur von Anbeginn operativ versorgt werden müssen"*, es decir, traduciendo literalmente, *"Evidentemente esta fractura habría tenido que ser tratada quirúrgicamente desde el principio"*; o, según la traducción algo más libre aportada, *"Evidentemente esta fractura debería haberse operado en el momento de producirse"*.

8. Según el informe quirúrgico suscrito por el Doctor B. (página 95 del expediente), la paciente con el diagnóstico de "*síndrome de impactación cubital en la muñeca izquierda*" fue intervenida el 27 de noviembre de 2011 para practicarle una osteotomía de acortamiento de aproximadamente 4-5 mm del cúbito con instalación de una placa. En las observaciones se señala que presenta una osteoporosis severa y que la cortical de la diáfisis del cúbito está seriamente deteriorada y presenta un estado quebradizo y blando como el cartón. En las indicaciones se reseña que la placa se retirará año y medio después.

9. El informe, de 17 de abril de 2012, suscrito por este mismo facultativo (página 101 del expediente) expresa que las molestias en la muñeca izquierda no han desaparecido completamente, que la paciente se queja de falta de fuerza y dolores al realizar diferentes actividades, que la muñeca presenta la siguiente movilidad: dorso/palmar 90°-0°-90°, radial/cubital 10°-0°-30°-, pronación/supinación 80°-0°-80°. Los dedos poseen movilidad plena. El dedo meñique presenta un severo acortamiento debido a una fractura del quinto metacarpiano. Las radiografías muestran una considerable artrosis radio-carpiana, y que la paciente continúa quejándose de un leve síndrome de túnel cubital izquierdo con pérdida de sensibilidad en el dedo meñique. El informe concluye que el estado funcional es sorprendentemente bueno y los dolores ha remitido asombrosamente, por lo cual se descarta por el momento cualquier nueva operación, incluso en relación con el síndrome de túnel cubital.

10. El informe, de 17 de junio de 2010, del Jefe del Servicio de Traumatología del HUNSC, expresa que la fractura de Colles no es de indicación quirúrgica sino ortopédica mediante reducción y colocación de yeso; que al no tener trazo intraarticular no se considera necesaria ni conveniente su osteosíntesis, por lo que la lesión no ha de ser intervenida de urgencias ni de forma programada; que el tratamiento rehabilitador se suele recomendar después de la inmovilización enyesada para recuperar la movilidad perdida; y que entre las complicaciones en el tratamiento de la fractura de Colles se encuentra la algodistrofia y alteraciones en la consolidación.

11. El informe, de 9 de julio de 2012, del Inspector Médico del Servicio de Inspección y Prestaciones, elaborado sobre la base de la historia clínica y de los informes médicos emitidos en el seno del presente procedimiento, señala:

*"Los objetivos terapéuticos al tratar una fractura de radio distal son la reducción anatómica articular (recolocar los fragmentos en su sitio) y la restauración de los ejes metafisoepifisarios distales del radio (que queden bien alineados)*

*obteniendo un resultado anatómico dentro de los límites aceptables. La principal decisión que hay que tomar ante una fractura del radio distal es si requiere tratamiento quirúrgico o puede tratarse de forma conservadora. Para tornar esta decisión debernos tener en cuenta diversos factores:*

- 1. Las características de la fractura.*
- 2. Criterios de inestabilidad.*
- 3. Lesiones asociadas.*
- 4. Edad y demandas funcionales del paciente.*

*5. Valoración del especialista: todos estos parámetros y clasificaciones serán estudiados por el traumatólogo para adecuar el tratamiento a cada caso en concreto.*

*El tratamiento conservador consistirá en reducir la fractura (frecuentemente bajo anestesia) e inmovilizarla para que consolide en buena posición. Se realizarán controles radiográficos y el yeso deberá de mantenerse unas seis semanas, pudiendo variar el tiempo dependiendo de la evolución de la fractura. Una vez que se quita el yeso se puede usar una venda elástica que aumenta la sensación de estabilidad y puede ayudar a limitar el edema.*

*Si después de tener en cuenta todos estos parámetros decidimos que no sería suficiente un tratamiento conservador con inmovilización, optaríamos por la cirugía.*

*Fuere cual fuere la opción terapéutica, es importantísimo una buena rehabilitación para restablecer posibles pérdidas funcionales (como la flexión de los dedos), la fuerza de prensión o el movimiento de pronosupinación.*

*(...).*

*La fractura de Colles y en general las fracturas de la extremidad distal del radio tiene un altísimo índice de complicaciones, entre el 15 y 25% de los casos”.*

Este informe concluye que el tratamiento ortopédico de la fractura fue el adecuado y que la posterior evolución a una deficiente consolidación de las fracturas y las complicaciones de edema y algodistrofia son riesgos propios de la patología de la paciente, incrementados por sus circunstancias personales (edad y osteoporosis).

12. El facultativo del mencionado Servicio de Inspección, a la vista de los informes médicos del Doctor Bleuler aportados por la reclamante, el 13 de junio de 2013, emite nuevo informe donde se insiste en que la primera opción terapéutica

ante una fractura de Colles es la ortopédica mediante su reducción e inmovilización con férula de yeso; y que sólo en caso de que la fractura evolucione tórpidamente sin alcanzar una buena consolidación, lo cual puede suceder con cualquier fractura, entonces sería cuando se debería operar para corregir quirúrgicamente esa inadecuada consolidación.

Añade que, precisamente por ese riesgo de evolución tórpida, se debe seguir un control médico del estado de la paciente, control médico que no corresponde realizar a los Servicios de Urgencia. Los facultativos de éstos le indicaron a la reclamante la necesidad de dicho control por su médico de cabecera, y ella no cumplió con esta prescripción.

### III

1. De la precedente relación resulta que la primera opción terapéutica ante una fractura de Colles consiste en el tratamiento ortopédico mediante reducción de la fractura e inmovilización con férula de yeso; y no su intervención quirúrgica, la cual como todas las intervenciones está acompañada por el riesgo de complicaciones anestésicas; y que la fractura de Colles, como todas las fracturas, puede consolidar mal. Este riesgo se incrementa según los pacientes sean de edad más avanzada y según las patologías previas que presenten, entre las cuales destaca, como factor adverso a una buena consolidación, la osteoporosis severa.

De donde se sigue que la actuación de los facultativos del Servicio de Urgencias del HUNSC fue conforme a la *lex artis ad hoc*, porque optaron por la primera alternativa terapéutica, la ortopédica, y desecharon la quirúrgica para evitar los riesgos que acompañan a tales intervenciones y que se incrementan con la mayor edad de los pacientes, la cual era, en el caso de la reclamante de 63 años a la fecha en que sufrió el traumatismo. Únicamente se ha de proceder a la intervención quirúrgica en caso de que la fractura no consolide adecuadamente. El riesgo de una mala consolidación acompaña a toda fractura y es especialmente alto, entre un 15% y un 25% de los casos, cuando se trata de una fractura de Colles. Este riesgo se incrementa en pacientes de más de sesenta años de edad y con osteoporosis severa, circunstancias que concurrían en la reclamante. El hecho de que la fractura haya consolidado mal no se produjo, pues, por una mala práctica profesional de los facultativos del SCS, sino que es la materialización de un riesgo inherente a la fractura que sufrió la paciente, agravado además por sus circunstancias personales.

2. La anterior conclusión no es desvirtuada por el informe, de 27 de marzo de 2009, del Doctor B., que concluye con la escueta afirmación de que evidentemente la fractura desde un primer momento debió ser abordada quirúrgicamente. Ello por las siguientes razones:

La primera es que esa opinión no está fundamentada científicamente, pues no argumenta, a la vista de los datos clínicos, características de la fractura y circunstancias personales de la paciente, por qué razones se debió operar y por qué fue incorrecto el tratamiento ortopédico.

En segundo lugar, porque esa mera afirmación apodíctica es contradicha por su propio informe, donde se refiere que, dos semanas después de la fractura, a causa de que no había consolidado correctamente, se programó una operación a realizar seis semanas después de la fecha del accidente, y que hubo que cancelarse por la osteoporosis severa que sufría la paciente, a fin de instaurar un tratamiento para la remisión de dicha patología que permitiera abordar la intervención quirúrgica de la mala consolidación de la fractura, operación que no se podría realizar antes de seis meses. Por estas razones el facultativo considera que la decisión de cancelar la operación fue sin duda acertada.

Si en vía de hipótesis se admitiera que la opción terapéutica más adecuada era operar de inmediato, resultaría que era impracticable dada la osteoporosis severa de la paciente, por lo que no quedaba más alternativa que el tratamiento ortopédico que se le dispensó, el cual queda así confirmado como la única opción terapéutica adecuada a la *lex artis ad hoc*, dadas las circunstancias personales de la paciente.

3. En definitiva, la asistencia médica que se le prestó a la paciente fue adecuada a la *lex artis ad hoc*; las secuelas que alega no han sido causadas por aquella, sino que son propias de la mala consolidación de la fractura de Colles que sufrió. Esa insatisfactoria consolidación es un riesgo propio de ese tipo de fracturas que el estado actual de los conocimientos médicos no permite conjurar.

4. El funcionamiento del servicio público de la sanidad consiste en proporcionar todos los medios posibles y disponibles para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos inherentes al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración que en el funcionamiento del servicio público de salud no se hayan obtenido unos resultados satisfactorios para los usuarios, sino que, como exige el art. 139.1 LRJAP-PAC, esos resultados sean causados por una asistencia sanitaria defectuosa; puesto que no son daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los menoscabos de la salud ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

5. Las secuelas que alega la reclamante son inherentes al estado patológico por el que demandó asistencia y que la ciencia de la Medicina no puede evitar, por lo que no han sido causadas por la actuación médica adecuada a la *lex artis ad hoc* que se le prestó, ni son calificables de daños antijurídicos. Por consiguiente, conforme a los arts. 139.1 y 141.1 LRJAP-PAC, no son indemnizables.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.