



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 1 7 / 2 0 2 0

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de octubre de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 367/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero 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 el 28 de marzo de 2018, a instancias de (...), como consecuencia de los daños producidos en la asistencia sanitaria recibida en dependencias del SCS.

2. El interesado no cuantifica la indemnización que reclama, pero de estimarse su pretensión superaría los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sra. de León Marrero.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. Este Consejo ya tuvo oportunidad de conocer este procedimiento contractual (DCC 269/2020), resolviendo que la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación al entender que no concurrían los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, no se considera conforme a Derecho, ya que la acción pudo ser ejercida por el interesado transcurrido el plazo de prescripción, debiéndose, no obstante, retrotraer las actuaciones a fin de que se otorgue un nuevo trámite de audiencia al interesado para que pueda alegar lo que considere conveniente sobre esta cuestión. La nueva Propuesta de Resolución insiste en que no ha prescrito la acción, como veremos más adelante.

II

1. El interesado basa su pretensión resarcitoria en lo siguiente:

- Tras haber sufrido traumatismo en hombro derecho con ocasión de una crisis epiléptica el día 30 de julio de 2013, acudió al Servicio de urgencias del Complejo

Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. En dicho hospital según refiere «únicamente se le recetó tratamiento analgésico a pesar de haberse diagnosticado "fractura glenoidea"».

A pesar del tratamiento pautado persistían los dolores hasta que en diciembre de 2013 se le realiza un TAC (cinco meses más tarde) en el que se informa de pérdida completa de la esfericidad normal de la cabeza humeral, la cual se encuentra luxada posteriormente y con un defecto marcado en su porción anteromedial con nula congruencia articular y osteopenia generalizada con hallazgo sugestivo de osteonecrosis parcial de la cabeza humeral. Existiendo así mismo, rotura completa del labrum posterior.

Refiere que si desde que el hoy reclamante acudió a urgencias se hubiese realizado el TAC o RX se hubiese comprobado la gravedad del traumatismo sufrido y, en consecuencia se le hubiese tratado y operado inmediatamente, lo que hubiese evitado que a fecha de 2018 haya tenido que padecer 3 intervenciones (la última el 18 de mayo de 2017 según documentación que aporta) dada la inestabilidad de la prótesis colocada pasado más de un año desde que se produjera el siniestro.

Señala así mismo, que, a pesar de las intervenciones, su sintomatología ha empeorado.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

- En abril de 2003 el paciente, de 39 años, presentó crisis comiciales de debut, desde entonces en tratamiento antiepiléptico con Levetiracetam. Ingresado por trombosis venosa profunda (TVP), fémoro-poplíteo izquierda idiopática, aunque con sospecha clínica de origen hereditario en diciembre de 2012. En tratamiento con sintrom y media elástica de compresión fuerte.

- El 31 de julio de 2013 sufrió un ataque de epilepsia tras lo cual tuvo traumatismo en hombro derecho. Mala evolución clínica del mismo con persistencia del dolor pese al tratamiento analgésico y limitación de los movimientos. Se realiza TAC en diciembre de 2013 que se informa como: Pérdida por completo de la esfericidad normal de la cabeza humeral, la cual se encuentra luxada posteriormente y con un defecto marcado en su porción anteromedial, con nula congruencia articular y osteopenia generalizada y hallazgo sugestivo de osteonecrosis parcial de la cabeza humeral.

Asimismo, existe una rotura completa del labrum posterior, debido a la relación anatómica entre la cabeza y el glenoides.

- El 5 de junio de 2014 es intervenido con cirugía de estabilización, por luxación recidivante del hueso húmero en hombro derecho, previa firma del documento jurídico de Consentimiento Informado para tratamiento quirúrgico de las fracturas articulares y/o luxaciones. En dicho documento se indica, en el apartado de complicaciones, la reaparición de la luxación a pesar el tratamiento. Además, en el apartado de Consecuencias Seguras, se menciona la frase: *Sí se colocase una prótesis. Por ello colegimos, que existía la posibilidad de instaurar una prótesis, en este caso una Prótesis de Hombro.*

- Reconocimiento por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social de las Palmas de Gran Canaria (INSS), con Dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial, de fecha: 30-10-2014, en el cual se califica al paciente como: *Incapacitado permanente, en grado de Total.*

- Al persistir la limitación del hombro, dolor, hombro inmovilizado con caída profunda del mismo, se decide el 17-05-2017 -previa firma por parte del paciente del documento jurídico de Consentimiento Informado para Prótesis de Hombro-, intervenirle de nuevo para implantar prótesis parcial del hombro derecho. Resultó Alta el 20-05-2017. Sin embargo, continuó con dolor e impotencia funcional, descenso de la prótesis por atrofia del músculo deltoides, con inestabilidad de la prótesis parcial.

En el documento jurídico de Consentimiento Informado para Prótesis de Hombro. Se indicó - en el apartado de Riesgos - lo siguiente: *Tras la operación es normal sentir dolor o molestias en las zonas cercanas. Por lo general desaparecen en pocos días, pero existe el riesgo de que se prolonguen en el tiempo o se hagan continuas.*

- Por ello, el 19-02-2018, se propone liberación del nervio axilar derecho y neurectomía (para intentar erradicar el dolor). Se le explica al paciente y acepta ser incluido en lista de espera quirúrgica. En fecha: 06-04-2018, firma el documento jurídico de Consentimiento Informado de liberaciones quirúrgicas de compresiones nerviosas.

CONSIDERACIONES

1.- *El hombro es la articulación más móvil del cuerpo. Nos ayuda a levantar el brazo, a girarlo y a subirlo por encima de la cabeza. Es capaz de girar en muchas direcciones. No obstante, esa mayor amplitud de movimiento puede causar inestabilidad.*

2.- *La inestabilidad del hombro ocurre cuando la cabeza del húmero es forzada fuera de la articulación. El hombro se "sale". Esto puede ocurrir por traumatismo en una caída o sin traumatismo, en pacientes que tengan mucha laxitud articular.*

Una vez que un hombro se ha luxado, es vulnerable y puede volver a salirse con traumatismos cada vez más pequeños.

3.- *Las luxaciones de hombro pueden ser parciales, la cabeza humeral se "sale" sólo parcialmente. Esto se llama subluxación. Una dislocación completa significa que la cabeza sale completamente de la articulación.*

Una vez que los ligamentos, los tendones y los músculos -alrededor del hombro- se sueltan o se rompen, las luxaciones pueden ocurrir repetidamente. La inestabilidad crónica del hombro es la incapacidad persistente de estos tejidos para mantener el brazo centrado en la articulación.

4.- Se puede llegar al hombro inestable de tres modos: Luxación traumática del hombro, Esfuerzo repetitivo e Inestabilidad multiposicional.

- La luxación traumática del hombro: La lesión severa o traumática, es la causa más frecuente de una luxación inicial del hombro.

Cuando la cabeza del húmero se disloca, el hueso de la cavidad (glenoide) y los ligamentos en la parte frontal del hombro se lesionan. El labrum -estructura similar al menisco colocada alrededor del borde de la glenoide- también puede romperse o separarse del hueso. Esto se conoce habitualmente, como la lesión de Bankart. Una primera luxación severa puede conducir a dislocaciones continuas, o bien a sensación de inestabilidad.

- Esfuerzo repetitivo: Algunas personas con inestabilidad en los hombros nunca han tenido una luxación. La mayoría de estos pacientes tienen ligamentos más flojos en los hombros. Muchos trabajos requieren una repetitiva. Los ligamentos más sueltos pueden dificultar el mantenimiento de la estabilidad del hombro. Las actividades repetitivas o estresantes pueden desafiar un hombro debilitado. Esto puede dar lugar a un hombro doloroso e inestable.

- Inestabilidad multiposicional: En una pequeña minoría de pacientes, el hombro puede llegar a ser inestable sin antecedentes de lesión o esfuerzo repetitivo. En ellos, el hombro puede sentirse suelto o dislocarse en múltiples direcciones, lo que significa que la cabeza humeral puede dislocarse hacia fuera por la parte anterior, por la espalda o por la parte inferior del hombro. Esto se denomina: Inestabilidad multidireccional.

5.- Los síntomas comunes de la inestabilidad crónica del hombro incluyen:

- Dolor causado por lesión en el hombro*
- Luxaciones repetidas del hombro*
- Una sensación persistente de hombro aflojado o que "falla".*

En la exploración se buscará la movilidad del hombro y signos de inestabilidad. Las pruebas de imagen ayudarán a confirmar su diagnóstico e identificar cualquier otro problema. Pueden solicitarse pruebas de imagen para ayudar al diagnóstico.

Rayos X: Estas imágenes mostrarán cualquier lesión de los huesos que componen la articulación del hombro.

Imágenes por resonancia magnética (RMN) que proporciona imágenes detalladas de los tejidos blandos.

6.- La inestabilidad crónica del hombro a menudo es primero tratada con opciones no quirúrgicas. Si estas opciones no alivian el dolor y la inestabilidad, la cirugía puede ser necesaria. Para ello será necesario modificar la actividad, cambiar el estilo de vida y evitar las actividades que agravan los síntomas.

El fortalecimiento de los músculos del hombro mediante terapia física y el trabajo en el control del hombro pueden aumentar la estabilidad.

7.- La cirugía es a menudo necesaria para reparar los ligamentos rotos o estirados para que sean más capaces de mantener la articulación del hombro en su lugar. Se puede realizar mediante Artroscopia y Cirugía abierta.

- La artroscopia mínimamente invasiva. Se mirará dentro del hombro con una pequeña cámara y realizará la cirugía con instrumentos especiales.

El objetivo de la cirugía es reparar todos los tejidos que se han lesionado y producen las repeticiones de la luxación. Habitualmente se repara el "labrum" colocando pequeños anclajes en el hueso que llevan unas suturas que sirven para fijar de nuevo esta estructura al borde de la cavidad glenoidea. También se usan suturas para reconstruir la cápsula articular dañada o "estirada".

La Cirugía abierta: Algunos pacientes pueden necesitar un procedimiento quirúrgico abierto. Esto implica hacer una incisión más grande sobre el hombro y realizar la reparación bajo visualización directa.

Esto es más frecuente en casos en los que se han producido muchas luxaciones y los tejidos blandos no se pueden reparar totalmente.

La cirugía abierta habitualmente consiste en colocar un "tope" óseo en la parte anterior del hombro para aumentar la superficie de contacto entre la cabeza humeral y la glena, dificultando que la cabeza se luxa.

8.- La Rehabilitación: Después de la cirugía, el hombro puede ser inmovilizado con un cabestrillo durante 4 a 6 semanas. Cuando se retira el cabestrillo, se iniciarán ejercicios para rehabilitar los ligamentos y músculos. Esto mejorará el rango de movimiento en el hombro y evitará cicatrices mientras los ligamentos cicatrizan.

9.- La prótesis de hombro, artroplastia de hombro o sustitución protésica de hombro es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se sustituye la articulación glenohumeral (la articulación entre la cabeza del húmero y la escápula) por un implante protésico.

10.- Las artroplastias de hombro han tenido un gran éxito durante años. Muchas personas que han sufrido dolor de hombro y artrosis han experimentado alivio y recuperado movimiento gracias a la artroplastia parcial/total de hombro. La tasa de complicaciones después de la artroplastia de hombro es reducida.

CONCLUSIONES

1.- Por la observación de la Historia Clínica e Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron al paciente, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de: Correcta.

2.- Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas secuencialmente en este tipo de casos, esto es: Fractura traumática de hombro seguida de tratamiento quirúrgico de la fractura articular y/o luxación, persistencia de inestabilidad y dolor en el hombro derecho, instauración de Prótesis Parcial de hombro y por último, persistencia del dolor y propuesta de liberación quirúrgica de compresiones nerviosas e ingreso en lista de espera quirúrgica. Todo ello, acompañado siempre por sus respectivos Consentimientos Informados; no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*.

3.- Por consiguiente, no concurriendo los requisitos determinantes de responsabilidad, el Servicio de Inspección Médica estima inexistente la Responsabilidad Patrimonial en la Administración Sanitaria.

3. Por el SIP se emite un informe complementario con el siguiente contenido:

CONSIDERACIONES

Partimos del estudio básico de la articulación del hombro, y sabemos que está formada por cuatro huesos: húmero, clavícula, omóplato y esternón. Se articulan entre ellos.

La articulación glenohumeral o escapulo humeral, es la que nos ocupa en este estudio, entre la cabeza del húmero y la escápula. Articulación entre las superficies articulares de cabeza humeral y la cavidad glenoidea escapular. Es una enartrosis de tipo esférico.

Presenta un rodete o labrum glenoideo, un anillo de tejido firme, llamado labrum, alrededor de la cavidad glenoidea constituido de fibrocartílago insertado en el contorno de la cavidad glenoidea para aumentar la congruencia y estabilidad articular, ayuda a estabilizar el hombro, hace de amortiguación del húmero en toda la amplitud de movimientos y lo une con la cavidad glenoidea escapular, ayuda a mantener el hueso del brazo dentro de la cavidad del hombro.

Para que veamos lo que es el labrum posterior imaginemos un círculo que es rodeado por otro pequeño círculo, ese otro pequeño círculo es el labrum y el círculo central es la cavidad glenoidea, así el labrum posterior es la mitad de ese círculo exterior, que sería la parte posterior, por tanto es una parte pequeña de la estructura de la cavidad glenoidea.

La cavidad glenoidea está en la escápula, sabemos que las fracturas de la misma, las escapulares, no son frecuentes, generalmente son por violencia directa. Pero así y todo la

mayoría de las fracturas de la misma no requieren reducción ni tampoco alineación y los resultados son de excelente funcionalidad.

Dentro de las fracturas glenoideas, estas se producen de dos formas, una cuando las fuerzas se dirigen directamente y la otra de forma indirecta. Se produce un estallamiento cuando se cae sobre el hombro o sobre el codo (fuerza directa) y o cuando se luxa el hombro y se arranca un pedazo de la zona (indirecta).

Por tanto ya que no ha habido arrancamiento estructural, la fractura se produce, en nuestro caso, por un mecanismo directo.

La mayoría de las fracturas (de cualquier zona de la misma) de escápula no son quirúrgicas, con solo un cabestrillo o Velpeau y movilización temprana se logran buenos resultados. El vendaje varias semanas y luego ejercicios para evitar la periartritis escapulohumeral en personas mayores de 40 años.

Centrándonos en el hombro, el estudio radiográfico simple del mismo es el paso inicial e insustituible en el estudio de esta articulación. Ante un paciente con dolor, inestabilidad u otros síntomas que hagan sospechar de patología de esta articulación, es indispensable realizar una radiografía simple de hombro. Este estudio radiográfico comprende distintas proyecciones:

- *Proyección anteroposterior:* Aportan información sobre posibles fracturas y lesiones, también se determina la distancia acromio-humeral, que se encuentra disminuida en las roturas del manguito rotador. También resulta útil para el diagnóstico de la luxación posterior de la articulación glenohumeral.

- *Proyección axilar,* informa sobre la estructura de la cavidad glenoidea, el alineamiento glenohumeral, las fracturas del borde glenoideo y la estructura del acromion. Esta proyección resulta importante en el síndrome del pinzamiento si se planea una acromioplastia.

La luxación posterior de hombro es una lesión que puede pasar desapercibida, hay que distinguir los casos que son inestables de entrada en la contención, de los que no lo son, siendo estables. La luxación posterior de hombro es infrecuente y, al contrario que la luxación anterior del hombro, normalmente es difícil de diagnosticar ya que el hombro no muestra una deformidad visible (no se aprecia un cambio de forma significativo en el hombro, como ocurre en la luxación anterior). Muchas veces esta lesión pasa desapercibida incluso en las radiografías. El paciente llega a consulta y cuenta haber tenido un episodio traumático desde el cual presenta dolor en el hombro que le impide moverlo bien. Sin embargo, al realizar la exploración y en las radiografías es difícil determinar el diagnóstico. En muchas ocasiones es necesario realizar un Scáner para un diagnóstico certero. La luxación posterior de hombro es específica de dos situaciones: crisis epilépticas y en las electrocuciones.

En cuanto al diagnóstico: al realizar las exploraciones es difícil determinar este, muchas veces esta lesión pasa desapercibida incluso en las radiografías.

Ante la duda el especialista solicitará un Scanner. En las luxaciones posteriores de hombro el tratamiento habitual es reducirlas y la mayor parte de las veces no son recidivantes ya que la posición y el movimiento que hace que el hombro se luxe en posterior son muy infrecuentes.

El tratamiento habitual de estas luxaciones no es la cirugía, sino la reducción de la luxación (recolocar la articulación en su posición habitual, mediante una serie de maniobras). Sin embargo, lo más importante en una luxación posterior será atender las causas que hayan provocado la luxación (ataque epiléptico, electrocución (...)).

A la hora de tratar de forma específica una luxación posterior de hombro, lo más importante es el diagnóstico, puesto que es fácil que pase desapercibida.

CONCLUSIONES

1.- Las dos proyecciones radiográficas, que se consideran necesarias en el ejercicio de una práctica médica correcta para el diagnóstico de un caso de traumatismo de hombro, son las proyecciones anteroposterior y la axial, y ambas se realizaron el día 30 de julio de 2013, a la llegada del paciente al Servicio de Urgencias del HUC, tras sufrir crisis epiléptica mientras dormía y según refiere el paciente golpe en hombro derecho con una mesa (...). siempre la primera urgencia es tratar la crisis epiléptica. Pero se trataron ambos problemas por igual.

Es valorado por Traumatólogo en urgencias, el mismo día 30 de julio, en relación a "dolor e impotencia funcional en hombro derecho tras traumatismo". O sea ya sabemos que no había desplazamiento ni inestabilidad.

Se realizan proyecciones radiográficas AP y Axial de la zona lesionada, según se informa en historial clínico hospitalario en esa fecha, y diagnostican fractura glenoidea.

El tratamiento es reposo en cabestrillo, nolotil si dolor.

Se remite al Traumatólogo el 12 de agosto de 2013 en la Unidad de mano y miembro superior del hospital en Consultas Externas. Además recibe el tratamiento tras valoración de la crisis comicial.

De todo ello se valora que el diagnóstico se realiza tras solicitud radiográfica correcta, que fue explorado y tratado por Traumatólogo en el Servicio de Urgencias, que se diagnostica fractura glenoidea, que es lo que se observa en la Radiografía.

No se diagnostica luxación posterior de hombro, sabemos la dificultad de diagnosticar la misma, tanto en la exploración como en las radiografías, y no hay deformidad del hombro, es estable. La bibliografía médica nos explica que es fácil que pase desapercibida.

El tratamiento para lo que sí se diagnosticó, que fue la fractura glenoidea, es colocar un cabestrillo e inmovilizar unas semanas y es lo que se realiza el 30 de julio de 2013.

2.- El 12 de agosto de 2013 es valorado por Traumatólogo que decide solicitar TAC del hombro afecto. Ello se realiza por mala evolución clínica del proceso, no porque se objetivara la lesión que posteriormente se descubre.

De todas maneras, a partir de aquí, e incluso antes, la actuación sobre una luxación de hombro es quirúrgica, aunque el TAC se lo hubieran realizado al mes.

Tampoco es una urgencia como tal para intervenir al día siguiente aunque se hubiera conocido el diagnóstico.

Posterior a la visita con el traumatólogo, el 11 de noviembre de 2013 en consulta de Atención Primaria se refiere que sigue con dolor e impotencia funcional del hombro derecho. Tampoco se comenta inestabilidad del hombro o cambio en la forma del mismo.

El paciente no puede tomar antiinflamatorios no esteroideos porque tiene tratamiento con Sintrom, un anticoagulante, ya que ha tenido procesos de trombosis venosa profunda previa.

La médica de cabecera sube dosis de Tramadol, analgésico. Pendiente de visita Traumatólogo, en diciembre de 2013.

Se realiza el día 16 de diciembre TAC de hombro derecho. En esta exploración se objetiva luxación posterior de la cabeza humeral, osteopenia generalizada, osteonecrosis parcial de la cabeza humeral y rotura del labrum posterior (parte posterior del rodete de fibrocartílago que circunda a la cavidad glenoidea).

De todo ello, analizando, observamos que los resultados del TAC muestran:

- Se observa fractura del labrum posterior de la glenoides o sea de una parte de la misma, del rodete que rodea la cavidad glenoidea en la zona posterior, y fractura glenoidea fue lo diagnosticado con radiografías en junio de 2013

- La osteopenia es un proceso fisiopatológico dependiente del individuo y de factores oxígenos como enfermedades y fármacos entre los que se encuentra la toma de anticonvulsivantes (el paciente es epiléptico).

- La osteonecrosis que se observa se puede desarrollar por traumatismos y por enfermedades como los trastornos de la coagulación, el paciente ha sufrido TVP y está en tratamiento con anticoagulantes.

- La luxación posterior del hombro, de la cabeza humeral, es una lesión muy poco frecuente, el caso del paciente en estudio creemos sufre una luxación posterior estable, pues no había datos de lo contrario en la historia clínica, además estas luxaciones posteriores a diferencia de las anteriores no presentan deformidad visible, y muchas veces pasa desapercibida a las radiografías, y al médico, no es como una luxación anterior ni en la

clínica ni en el diagnóstico, aparte de su rareza. Cuando se objetivan, el tratamiento es reducirlas y la mayor parte de las veces no son recidivantes. El tratamiento habitual no es la cirugía. Es reducción (colocar de nuevo en su sitio las estructuras luxadas) y llevar un cabestrillo durante unas semanas.

Se refuerza la idea de la rareza de este tipo de lesiones y de la poca certeza clínica con que son diagnosticadas. En la fase aguda puede requerirse sólo una reducción cerrada con un pronóstico favorable; pero esto no es lo corriente.

Desafortunadamente en la mayoría de casos que se presentan a consulta tienen una evolución de varias semanas o meses, ya que casi nunca hay una deformidad aparente o significativa hasta que se percatan de que, a pesar de que el dolor ha disminuido, no mejora el rango de movimiento.

Tras todos estos datos tanto clínicos y diagnósticos que se efectúan en el proceso así como los datos de la patología en sí, su complejidad diagnóstica, aparte de su rareza, (ocupa solo el 2-3% de todas las luxaciones glenohumorales), creemos se obró en consecuencia y no se diagnosticó actuación negligente o incapaz.

El tipo y la forma de diagnóstico es inherente a la patología.

3.- La solicitud del TAC en agosto de 2013, se realiza por mala evolución clínica del proceso, persistencia del dolor y limitación de movimientos, no porque se diagnosticara en agosto la luxación (ya comentado en el apartado anterior que muchas veces en estos casos se llega a realizar pruebas de diagnóstico como el TAC por la evolución en sí del proceso y por sospecharse el mismo).

Dicho TAC se realiza en diciembre de 2013, y tras los diagnósticos analizados se interviene quirúrgicamente en junio de 2014.

Ya que se determina que el proceso diagnóstico y de tratamiento efectuado a partir del traumatismo en junio de 2013 es correcto, dado el caso, y que el paciente no es una excepción, todo lo contrario, y que el traumatólogo solicita el TAC en agosto de 2013 por la evolución clínica del proceso, creemos se actúa correctamente, según lo hallado.

Ahora bien, si el TAC se hubiera realizado en septiembre, octubre o incluso antes, por ejemplo, no hubiera cambiado el proceso en sí, hubiera tenido que operarse de la luxación posterior del húmero igualmente.

Se considera que si la evolución del proceso cuando se diagnostica es inferior a dos semanas, se "intentará" una reducción cerrada. En los demás casos, salvo en ancianos, el tratamiento será quirúrgico.

En los resultados del TAC de diciembre de 2013, se contempla la luxación posterior del hombro, el resto de patologías mucho tienen que ver con la fisiopatología derivada del

propio paciente, como es la osteopenia sobre la cual también interviene el tratamiento antiepiléptico del paciente.

Igualmente con la osteonecrosis, en la cual el trastorno de coagulación y el tratamiento pertinente que sufre el paciente para tal patología es importante en la génesis de la misma, aparte del traumatismo en sí.

Por tanto en el estado de la articulación hay una parte creada por el traumatismo en sí y otra por el propio paciente, no ya como respuesta al accidente sino generado por la persona y sus circunstancias particulares, que sin luxación también se pueden padecer.

Tras el diagnóstico se efectúa valoración traumatológica y colocan en lista de espera quirúrgica, no es una urgencia. En fecha de junio de 2014 se realiza la reducción quirúrgica de la luxación, previa firma de consentimiento informado.

Los problemas posteriores a dicha intervención, reiteración de la luxación etc. que sufre el paciente y por los cuales debió ser intervenido en otras ocasiones son susceptibles de ocurrir por la intervención en sí misma y dichos problemas y otros más que no sufrió están contenidos en los consentimientos informados debidamente firmados.

No hay un daño objetivado ejercido previo a la primera cirugía, porque hemos analizado que lo acontecido es lógico dentro de la patología sufrida y como se manifestó la misma, que se trató en consecuencia. Además que el suyo no es un caso aislado sino todo lo contrario, el problema es de las patologías de luxación posterior del hombro que se manifiestan como las del paciente y reclamante estudiado.

A su vez, añadir de nuevo que la cirugía de reducción de la luxación se hubiera tenido que ejercer de todas formas en este caso, y, aunque se hubiera podido realizar tiempo antes las complicaciones posteriores son inherentes a la misma y por ello figura en el consentimiento informado firmado previo a la cirugía de junio de 2014, y que es general para los que sufren el problema (independientemente de otros aspectos) por el que se intervino el paciente.

4. Dictado Acuerdo Probatorio, se practicaron las testificales acordadas y ultimada la instrucción del procedimiento, se acordó el preceptivo trámite de audiencia. Con fecha 21 de febrero de 2020 el reclamante presentó escrito de alegaciones reiterando los términos de su reclamación inicial.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, al entender la no concurrencia de los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

Como dijimos en el Fundamento I.6, la Propuesta de Resolución, pese a que se retrotrajeron actuaciones para que se diera audiencia al interesado sobre la prescripción del derecho a reclamar, sostiene la viabilidad de la acción frente al criterio de este Consejo, basado en que estamos ante un daño permanente, siendo la fecha del alta la que determinaría el inicio del cómputo del plazo (no el juicio diagnóstico). Para ello se basa en el Dictamen Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades de fecha 30/10/2014 (folio 12 del expediente), cuyo apartado denominado *«limitaciones orgánicas y funcionales siguientes»* señala: *«En el momento actual, paciente con patología del aparato locomotor, (miembro superior derecho, dominante) no estabilizado pendiente de tratamiento, con balance articular menor del 50%, patología neurológica en tratamiento, con limitación leve y patología vascular, limitada FX moderada»*.

Por esa razón, considera la Propuesta de Resolución que esas lesiones están naciendo día a día, motivo por el cual la víctima no conoce el alcance concreto de las secuelas y consecuentemente no puede ejercitar la acción de reclamación de responsabilidad.

Sin embargo, para que este Consejo pueda pronunciarse -con arreglo a las normas de la sana crítica- sobre el alcance definitivo de las secuelas, esto es, para poder apreciar el momento de la fijación del *dies a quo* en el que empieza la computación del plazo prescriptivo de la acción, es necesario que el SIP informe si nos encontramos ante un daño continuado y cuál cree que fue la fecha en que quedaron establecidas definitivamente las secuelas y, por tanto, el momento en el que el interesado conoció el alcance de las mismas a efectos del inicio de la prescripción de la acción para reclamar, teniendo en cuenta que el Dictamen Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades de fecha 30/10/2014 (folio 12 del expediente) establece lo siguiente: *«En el momento actual, paciente con patología del aparato locomotor (miembro superior derecho, dominante) no estabilizado pendiente de tratamiento, con balance articular menor del 50%, patología neurológica en tratamiento, con limitación leve y patología vascular, limitada FX moderada»*.

En definitiva, procede la retroacción de nuevo del procedimiento administrativo a fin de que se recabe, en los términos descritos anteriormente, el informe complementario del SIP. Una vez cumplimentado dicho trámite, se continuará con la debida tramitación legal del expediente administrativo de responsabilidad patrimonial, incluyendo la práctica de una nueva audiencia de la persona interesada.

Y, finalmente, se volverá a emitir una nueva propuesta de resolución, sobre la que, a su vez, se ha de recabar el correspondiente dictamen preceptivo de este Consejo Consultivo.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada frente a la Administración sanitaria, no se considera conforme a Derecho, debiéndose nuevamente retrotraer las actuaciones a los fines indicados en el Fundamento III de este Dictamen.