Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 4 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de marzo de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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. 71/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 17 de febrero de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el 18 de febrero de 2025), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La interesada cuantifica la indemnización que solicita en la cantidad de 21.552,77 euros, esta cuantía determina el carácter preceptivo del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera 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 adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, en el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 1 de abril de 2022 respecto de un daño que quedó determinado el día 17 de febrero de 2022, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y

perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«Primero.- Con fecha 20 de abril de 2020 esta parte, desafortunadamente, sufre un siniestro, consistente en corte en el dedo índice de la mano izquierda, con material laboral de manicura, lo que motivó acudir a través de las Urgencias del Centro de Salud "ALCALÁ CP", siendo atendida en el mismo.

A dicho centro se acudió con un sangrado abundante y constante, manifestando asimismo un considerable dolor como consecuencia del citado corte.

Respecto a la asistencia facultativa recibida el día que acudí a urgencias del Centro de Salud por primera vez, en ésta sólo se me practicó sutura por el corte sufrido, sin que se realizara ninguna otra prueba diagnóstica, como son los Rayos-X o el escáner, pese a que durante dicha visita con abundante sangrado y continuado, además de un fuerte dolor, y la imposibilidad de movilidad ligera en la falange, indicativo de la gravedad del corte, lo que permite razonar perfectamente que dicho corte podía haber afectado a nervios y tendones del dedo y/o de la mano en su conjunto, con las consecuencias que ello supone en cuanto a un perjuicio personal y a consecuencias estéticas derivadas del mismo.

Segundo.- En dicha exploración efectuada por la Facultativa Médica, se diagnosticó "HERIDA ABIERTA DE DEDO DE LA MANO (Observaciones: Índice IZQ)", prescribiendo el medicamento "Ibuprofeno 600 MG, 20 COMPRIMIDOS ORAL 1C/8h" y realizando "3 puntos de sutura 3/0 previa administración de anestesia", indicando, asimismo, la necesidad de realizar "curas diarias y retirada de sutura en una semana".

Se puede observar en el citado informe, (...), que sólo se procedió a realizar puntos de sutura al citado corte, sin que se procediera a valorar alguna lesión o rotura del tendón del dedo índice de la mano izquierda, potencialmente diagnosticadas mediante la práctica, entre otras, de una "exploración del flexor profundo" y la "exploración del flexor superficial" de la zona afectada por el corte, o a través del empleo de determinados instrumentos como Rayos-X o escáner.

Tercero.- Con fecha 27 de abril de 2020, acudo al Centro de Salud "PLAYA SAN JUAN C.P. con el fin de retirar la sutura practicada el día 20 de abril de 2020 y para valoración médica de la herida, manifestándose expresamente que se ha perdido movilidad en el dedo afectado por el corte, experimentando dolores y molestias en la misma, procediendo el Facultativo a realizar una exploración personal, descartando infecciones, concluyendo que sólo existe un edema, procediendo a pautar como tratamiento la prescripción del medicamento "Naproxeno 500 MG", (...) .

Pese a haberse manifestado expresamente los referidos dolores en la mano afectada, así como las limitaciones de movilidad existentes en la misma, aún sigue sin practicarse otros métodos de exploración como son los Rayos X o escáner de la mano lesionada, máxime si tenemos en cuenta la existencia del edema, cuya hinchazón impide u obstaculiza una correcta exploración realizada de forma personal por el facultativo médico, sin perjuicio de que no consta que se hayan realizado las exploraciones citadas anteriormente para determinar si existen roturas o lesiones de los tendones de la zona afectada por el corte.

Cuarto.- Con fecha 5 de mayo de 2020, se vuelve a acudir al Centro de Salud "PLAYA SAN JUAN C.P." porque la mano afectada por el corte sigue teniendo evidentes limitaciones en el movimiento y dolores en la misma; momento en el cual el Facultativo Médico concluye, tras la exploración personal efectuada, que "se constata inflamación y limitación a los movimientos de 2do dedo de mano izquierda".

En este momento es cuando, tras la exploración efectuada, se procede a derivar a esta paciente a Rayos X para descartar algún "cuerpo extraño" en la zona de la mano afectada, y posteriormente a la unidad de Aparato Locomotor "por si hubo sección de tendón del dedo".

(...)

Quinto.- Con motivo de la derivación médica efectuada por las limitaciones de movimiento y los dolores en la mano afectada por la lesión sufrida, y tras las tomas efectuadas desde la Unidad Traumatología del Hospital Universitario de Candelaria, se procede a diagnosticar "Sección de tendón FDP y nervio colateral cubital de 2º dedo de mano izquierda", en la que se observa cómo el tendón se encuentra deteriorado y completamente retraído, sin que ésta fuera observada durante las primeras atenciones médicas reflejadas en los Antecedentes fácticos anteriores por no disponer de los medios necesarios para el descubrimiento de la misma.

Así, tras el citado diagnóstico, se realizó una intervención quirúrgica el día 29 de mayo de 2020 de reconstrucción tendinosa, en cuyo desarrollo se detectó "Sección nervio colateral cubital con defecto de 2,5 cm. Sección de FDP en zona I-II con muñón retraído a polea A3. Defecto de polea A4 con cicatriz local".

(...)

Sexto.- Desde el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de La Candelaria se deriva consulta al Servicio de Radiología a los efectos de realizar un estudio de imagen para confirmar la presencia de tendón delgado, a los efectos de planificar una segunda intervención, extremo que es confirmado por el Servicio correspondiente tras las valoraciones procedentes, y llevándose a cabo dicha intervención quirúrgica el día 25 de septiembre de 2020, bajo el diagnóstico "Sección de tendón FDP y nervio colateral cubital de 2º dedo mano izquierda. 2º tiempo de reconstrucción de flexores" (...) .

A este respecto, en esta segunda intervención quirúrgica se realiza una reconstrucción tendinosa con injerto de tendón que se extrae, a su vez, de otro lado del cuerpo de esta paciente.

Séptimo.- Tras diversas actuaciones sanitarias, desde el Servicio de Traumatología se observa la presencia de "lesiones cutáneas milimétricas en dedos pruriginosas" (...) .

Octavo.- Finalmente, tras varios meses de tratamiento y sesiones rehabilitadoras, se emite alta médica en el mes de marzo de 2021 (...) ; si bien, en el Informe Clínico de Consulta Externa, Visita Sucesiva, emitido por el Servicio de Rehabilitación, con fecha 3 de agosto de 2021, se refleja el siguiente comentario: "Actualmente, realiza pautas en domicilio con buena adherencia a las mismas pero persiste molestias en relación al déficit de flexión del 2º dedo, así como parestesias ocasionales. A la exploración física actual destaca: Mano izquierda: Muñeca libre. 2º dedo: Cicatriz quirúrgica en cara volar del 2º dedo indurada, hipertrófica, especialmente a nivel de MTCF, con sensación disestésica en dicho punto. BA A MTCF 10º IFP 90º IFD 20º. Pasiva libre. Hipoestesia margen cubital del 2º dedo. BM correcto. Consigue empuñadura completa salvo 2º dedo por limitación ya descrita" (...) .

Noveno.- Que como consecuencia de la responsabilidad directa de la Administración he estado bajo situación de incapacidad laboral un total de 345 días, impeditivos para el ejercicio y quehacer habitual, y además presento secuelas en cuanto a la inmovilidad y extensión de la extremidad afectada, que constituyen secuelas que igualmente deben ser resarcidas por esta entidad a la que me dirijo.

A estos efectos se ha acudido para valoración médica a médico especialista en la valoración del daño, a los efectos de conocer el estado de las valoraciones sufridas, siendo que ante la proximidad temporal del plazo para la presentación de reclamación, aun no se encuentra a nuestra disposición sin perjuicio de su aportación cuando sea procedente.

Décimo.- Además de la lesiones antes referenciadas, con los tratamientos sanitarios, rehabilitadores y quirúrgicos detallados en los párrafos precedentes, también se reseña la existencia de una cicatriz de notable visibilidad y consideración.

(...) ».

2. En el presente asunto, con la finalidad de efectuar la correcta determinación de los antecedentes de hecho, se debe hacer referencia, igualmente, al Informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP) el día 29 de mayo de 2024 en el que se exponen los siguientes antecedentes:

«1.- Según consta en la documentación de su Historia Clínica, se trata de una mujer de 26 años al momento de los hechos (nacida el 24/12/1993) con antecedentes médicos de

síndrome de disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular y escoliosis idiopática (diagnosticada en 2015) y antecedentes quirúrgicos de adenoidectomia en diciembre de 2010.

2.- Se registran varias consultas al Centro de Salud por problemas traumatológicos, tales como gonalgias inespecíficas y patología articular en la muñeca derecha (en julio y agosto de 2019) con limitación funcional, sin alteraciones en los estudios radiográficos.

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- Según la Historia de Atención Primaria la paciente acude al Consultorio Periférico de Alcalá el 20 de abril 2020 debido a una lesión sufrida durante su práctica laboral en estética: un corte con vidrio en la "cara anterior del dedo índice de la mano izquierda" con asociado sangrado activo.

El médico de Atención Primaria examina la lesión que describe como una herida limpia de "2 cm de diámetro aproximadamente en 1/3 medio de cara anterior (palmar) del dedo índice de la mano izquierda, con flexión dedo conservada". No se describen alteraciones del balance osteo-muscular ni otros déficits, y en la notas clínicas del médico no se menciona que la paciente haya manifestado problemas de movilidad.

Cuando los tendones flexores sufren una sección se pierde la tensión que mantiene al dedo en flexión, y al dominar el tendón extensor, el dedo lesionado queda extendido; no se puede flexionar. La actitud del dedo es obvia, salvo en caso de una posible lesión parcial.

Durante esa primera valoración en el Consultorio se realizan 3 puntos de sutura con hilo 3.0 previa administración de anestesia, evidenciando cese de sangrado, se cubre con apósito estéril, se indican curas diarias con suero fisiológico y clorhexidina, así como tratamiento farmacológico con ibuprofeno 600 mg 1 comprimido cada 8 horas.

En el informe se indicó la necesidad de retirar la sutura en una semana, recomendando vigilar la herida y ponerse en contacto con el Centro de Salud en caso de dolor, enrojecimiento, calor o exudado.

2.- El 27 de abril, la paciente acude a una cita programada con el personal de enfermería del Consultorio Periférico de la Playa San Juan, donde también es evaluada por el médico de Atención Primaria debido a su preocupación por una disminución de la movilidad del dedo (en notas clínicas: "no tiene tanta movilidad"). Durante la exploración, se observa un ligero edema sin signos de infección.

Según el informe del médico de AP que evaluó a la paciente ese día, la reducción de la movilidad del dedo se atribuyó a la inflamación de los tejidos circundantes la herida. Por lo tanto, y de acuerdo con las notas clínicas, se prescribe naproxeno (antiinflamatorio) 500 mg 1 comprimido cada 12 horas, y se indica nueva valoración en caso de evolución no favorable de la lesión.

3.- La paciente es valorada nuevamente por su Médico de Atención primaria el 5 de mayo por "limitación al articular el dedo, lo tiene inflamado y enrojecido, tomó naproxeno por una semana pero continúa inflamado el dedo". Solicita radiografía para descartar cuerpo extraño, que se realiza sin hallar hallazgos de la presencia de cuerpo extraño, y una consulta al servicio de traumatología para descartar una sección tendinosa. El traumatólogo recomienda realizar analítica para descartar un proceso infeccioso y cita la paciente.

4.- Valorada en consulta de Traumatología el 21/05/2020 y en consulta de Cirugía de la Mano el 26/05/2020, se determina la necesidad de una intervención urgente, explorando una incapacidad para flexión de la articulación interfalángica distal, tenodesis negativo (es decir se aprecia que el tendón no está fijado en la articulación), lesión del flexor profundo del índice y déficit sensibilidad del margen cubital distal del segundo dedo (descrito como "no discrimina 2 puntos borde cubital del segundo dedo").

5.- En la lesión de los tendones flexores (no se puede flexionar el dedo, se mantiene en extensión) de los dedos, el tratamiento siempre es quirúrgico, siendo preferible realizar la reparación del tendón de forma precoz. El problema puede surgir cuando el diagnóstico de la rotura del tendón se hace tardíamente o cuando una rotura parcial evoluciona a una rotura total.

En las lesiones tendinosas de los flexores pueden evidenciarse secuelas funcionales, tales como limitación de la movilidad, rigidez y adherencias, a pesar de tratamiento precoz. Esto puede deberse tanto al propio proceso que afecta al tendón como a la necesaria intervención quirúrgica, la cual puede causar rigideces articulares, adherencias y contracturas en flexión del dedo, para la que la paciente suscribió documento de consentimiento informado.

6.- La paciente ingresa en la planta de traumatología el 29 de mayo de 2020 para someterse a un tratamiento quirúrgico programado de reparación de sección de tendón FDP (Flexor Profundo de los Dedos) y de nervio cubital colateral del segundo dedo de la mano izquierda. Se procede a intervención en primer tiempo de reconstrucción tendinosa e injerto nervioso.

Descripción de la intervención: "Vía de acceso: abordaje volar de Brunner, abordaje longitudinal sobre margen cubital de FCR y abordaje medial del brazo. Reconstrucción de FDP con espaciador de silicona n 4 con sutura distal y canalizada hasta pliegue proximal de muñeca. Sección de muñon de FDP a nivel del lumbrical. Se identifica y marca con monofilamento el tendón proximal remanente de DFP de 2 dedo. Reconstrucción de polea A4 con tendón Fdp autologo. Neurorrafia epiperineural con monofilamento 9/0 con injerto autólogo de nervio antebraquial medial. Aporte local de Tissucol".

La paciente evoluciona favorablemente tras la intervención.

7.- La paciente firma el 26 de mayo y el 22 de septiembre el consentimiento informado, el cual detalla las complicaciones más frecuentes.

8.- Ingresa nuevamente el 28 de septiembre de 2020 para la reconstrucción tendinosa en segundo tiempo con el posicionamiento de injerto tendinoso autólogo.

9.- Ha recibido tratamiento fisioterapéutico después de ambas intervenciones, primero en un Centro Concertado a partir de agosto de 2021, segundo en el H. Nuestra Señora de Candelaria, iniciando el tratamiento el 10 de diciembre 2021. Fue dada de alta del tratamiento fisio-terapéutico en marzo 2021 por estabilidad clínica, habiendo completado un total de 25 sesiones.

10.- En las notas clínicas del 25 de marzo de 2021 del fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación, se registra una "evolución muy favorable", indicando que persiste una "ligera retracción de la cicatriz del segundo dedo sin compromiso de la movilidad de este. Limitación de los últimos grados de flexión activa de IF distal." Se escribe que la paciente continúa realizando ejercicios en su domicilio y acudiendo al gimnasio".

En la nota clínica del rehabilitador del 30 marzo de 2021 se recoge: "muy contenta, buena evolución, no bloqueos. Mano izquierda: segundo dedo. No edema, no tumefacción. Cicatriz quirúrgica correcta. No adherida. No dolorosa. Balance Articular pasivo libre, activo faltan últimos grados a nivel de Interfalángica distal. Balance muscular 4+/5, hipoestesia margen cubital segundo dedo. Consigue empuñadura prácticamente completa a expensas de la interfalangica distal del segundo dedo".

11.- La paciente es valorada por el Servicio de Rehabilitación el 3 agosto 2021, 4 meses después del alta del tratamiento fisioterapéutico. En informe del 3 agosto 2021: "2ndo dedo: cicatriz quirúrgica en cara volar del segundo dedo, endurada, hipertrófica, especialmente a nivel metacarpofalángica con sensación disestésica en dicho punto. Balance articular (rango de movimientos de la articulación): Metacarpofalángica 10 Interfalángica proximal 90º interfalángica distal 20º. Pasiva libre. Hipoestesia margen cubital del 2n dedo. Balance muscular correcto. Consigue empuñadura completa salvo segundo dedo por limitación ya descrita".

Se da el alta la paciente del servicio por estabilidad clínica.

12.- En la historia clínica de Atención Primaria de la misma forma se recoge evolución positiva: en fecha 6 de noviembre de 2020 "ya tiene movimiento del dedo que antes no lo podría ni mover"; "evolución favorable está ganando movilidad" (febrero 2021).

13.- Tras el alta del Servicio de Rehabilitación la paciente es valorada por el Servicio de traumatología: el 19 de agosto de 2021 y el 17 de febrero de 2022 recibiendo el alta en febrero de 2022. En las notas clínicas se describe: "extensión completa sin notas tirantes, flexión completa activa, corrientes en nervios, sensibilidad con discriminación de 5 mm", se

describe funcionalidad correcta con empuñadura a falta de un través de dedo, "no refiere dolor".

Por lo tanto se evidencia en los datos recogidos que la paciente no presenta alteraciones en los movimientos activos de flexión y extensión, ha recuperado sensibilidad, tiene una funcionalidad correcta en la mano y puede agarrar objetos, aunque con una pequeña limitación en la capacidad de cerrar completamente el puño, quedando un pequeño espacio del grosor de un dedo sin cerrarse.

14.- En cuanto a la cicatriz, en julio de 2020, en notas de traumatología, se describe como dura y adherida, se recomienda masaje de la misma. En noviembre 2020 el traumatólogo pauta vitamina C y deriva al dermatólogo por cicatriz sin edema y no retráctil, pero con queloides. El dermatólogo prescribe parches con trofoblastina hasta el aplanamiento de las Cicatrices».

Asimismo, el SIP establece las siguientes conclusiones:

«1.- La atención prestada en el Consultorio Periférico de Alcala el 20 de abril fue adecuada. Antes de proceder a suturar se valoró la herida, la cual se presentaba limpia y acompañada de sangrado profuso y se verificó que el dedo tenía una flexión conservada.

Según las notas clínicas, no se describen déficits, ni se recoge que la reclamante haya manifestado ningún tipo de problema de movilidad. En estos casos, la primera actuación del profesional consiste en solicitar al paciente que mueva el dedo, ya que la conservación de la movilidad descarta una ruptura del tendón.

2.- En respuesta a la reclamación donde se argumenta que no se realizaron pruebas complementarias en esa primera valoración, y se llevó a cabo únicamente una "sutura", es importante señalar que una radiografía ayuda a descartar lesiones óseas, pero no descarta lesiones tendinosas. Las únicas pruebas que pueden ayudar a valorar una posible ruptura tendinosa son la ecografía o la resonancia magnética, las cuales, a la vista de la exploración realizada y de los síntomas manifestados, no indicaban otra actuación clínica. Debemos recordar que la ubicación de la herida cutánea no siempre tiene correspondencia con la de la herida tendinosa, ya que ésta cambiará de zona, según si la lesión se hubiera producido con los dedos flexionados o no.

La decisión de no derivar la paciente al hospital para realizar pruebas complementarias, en esta etapa se basa en la evaluación clínica dado que no había indicios de daño estructural profundo que justificara dichas pruebas al presentar una movilidad conservada y la flexión estaba conservada.

3.- En el consultorio se procedió a suturar la herida en primer tiempo para promover una adecuada cicatrización y se proporcionaron instrucciones sobre el cuidado de la herida,

signos de infección y la necesidad de seguimiento. Se indicó además a la paciente de acudir nuevamente en caso de novedades.

4.- En las lesiones traumatológicas que afectan las regiones digitales distales, es posible que se produzcan roturas parciales, que permitan al tendón mantener un correcto balance durante las pruebas exploratorias, manifestándose el déficit secundariamente, en el tiempo, al no producirse una inmovilización (que no se realizó al no haber sospecha por la exploración).

5.- Cuando vuelve a acudir el 27 de abril, refiere "que no tiene tanta movilidad", lo que sugiere que la movilidad es parcial. Se atribuye este hecho a la presencia de signos inflamatorios ("edema"), y por tanto se prescribe un tratamiento antinflamatorio. En ningún momento describe un cambio en la clínica, como dolor incapacitante, falta de sensibilidad, parestesias, hormigueo por ejemplo.

6.- La paciente realmente no ha perdido "movilidad de la mano izquierda", ni "la sensibilidad de la mano izquierda", como se describe en la reclamación.

En primer lugar, la lesión ha afectado solo una parte del segundo dedo (movilidad interfalángica distal y sensibilidad en el margen cubital del segundo dedo) de la mano izquierda y en según lugar la evolución ha sido favorable, como destaca tanto en la historia de atención primaria y en las notas clínicas de rehabilitación y traumatología. A favor de esto, se evidencia que fue dada de alta por ambos servicios.

En la última valoración de traumatología se señala que ha recuperado sensibilidad (una capacidad de discriminación de 5 mm es totalmente normal en los dedos), presenta flexión completa activa y la funcionalidad es correcta, es decir puede agarrar objetos, siendo la única limitación residual la capacidad de cerrar completamente el puño, quedando un pequeño espacio del grosor de un dedo sin cerrarse.

7.- En cuanto a la cicatriz, se describe en las notas de rehabilitación como una cicatriz endurada, hipertrófica, especialmente a nivel metacarpofalángico con sensación disestésica en dicho punto. El traumatólogo describe un queloide. En los queloides y cicatrices hipertróficas se observa una formación excesiva de tejido reparativo como consecuencia de una alteración de los sistemas de control en la formación de colágeno. Ambas son formas patológicas de cicatrización. La etiología de estas entidades no es totalmente conocida, aunque se cree que subyace una predisposición genética a la que se añadirían factores desencadenantes.

Dado que se trata de un proceso patológico de cicatrización, no depende de la actuación del cirujano. El traumatólogo derivó correctamente al dermatólogo para tratamiento.

8.- Tras revisión de la historia clínica de la paciente y de la documentación clínica disponible se emite informe DESFAVORABLE».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 1 de abril de 2022.

- Mediante Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud de fecha 12 de abril de 2022 se inadmite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial por (...), por hallarse prescrita conforme a lo dispuesto en el art. 67 LPACAP.

- Con fecha 20 de mayo de 2022 se interpuso Recurso de Reposición contra la anterior Resolución que fue desestimado por Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud de 15 de junio de 2022.

- Mediante Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo Número Uno de Santa Cruz de Tenerife de 25 de enero de 2024 dictada en el Procedimiento Abreviado n.º 560/2022, se ordena al Servicio Canario de la Salud admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...)

- Con fecha 5 de febrero de 2024 se dicta la Resolución n.º 75/2024 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...)

- Con fecha 5 de febrero de 2024 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de modo que a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado, presuntamente, la lesión, se determinen las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

- Con fecha 20 de mayo de 2024 por la reclamante se solicita la apertura de la fase probatoria y se aporta determinada documental consistente en: partes de alta y baja en la Seguridad Social, informes médicos e informe pericial.

- Con fecha 29 de mayo de 2024 se remite el informe del SIP y se recaba la historia clínica de la paciente (...), a la que se adjuntan los informes de los Servicios concernidos.

- Con fecha 17 de junio de 2024 se dicta Acuerdo sobre Periodo Probatorio, mediante el cual se admiten a trámite las pruebas documental y pericial propuestas por la interesada.

- Con fecha 17 de junio de 2024 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, formulándose alegaciones mediante escrito de 15 de julio de 2024.

- Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, no se recabó el informe de los Servicios Jurídicos, al considerar el órgano instructor que se trataba de una cuestión resuelta previamente, y que ya había sido informada por el Servicio Jurídico en los siguientes términos: *«En esa primera asistencia, como indica el informe del Servicio de Urgencias hospitalario, el paciente presentaba máxima movilidad y no tenía signos de sección tendinosa. En esa asistencia se le explora, se comprueba la movilidad y se remite a enfermería de la especialidad de Traumatología para el abordaje de la herida (...) Una herida como la presentada, sin objetivarse déficit funcional o en la movilidad del dedo y sin signos de afectación tendinosa, no es indicativo de una remisión a especialista. De lo contrario, esto es, de constatarse esa afectación, sí conllevaría la remisión, no siendo éste el caso que nos ocupa (...) ».* (Informe de los Servicios Jurídicos, de 22 de mayo de 2017 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial n.º 97/14).

- Con fecha 9 de octubre de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

- Con fecha 25 de noviembre de 2024 se emite el Dictamen 677/2024 de este Organismo consultivo acordando la retroacción del procedimiento a los efectos de que se practiquen determinadas actuaciones.

- Con fecha 10 de diciembre de 2024 se emite Informe del SIP en el que se da respuesta a las cuestiones planteadas por este Consejo Consultivo, exponiendo lo siguiente:

«RELACIÓN DE LOS HECHOS

1.- Según la historia clínica de Atención Primaria, la paciente acude al Consultorio Periférico de Alcalá el 20 de abril de 2020 debido a una lesión sufrida durante su práctica laboral en estética: un corte con vidrio en la "cara anterior del dedo índice de la mano izquierda", con sangrado activo asociado.

El médico de Atención Primaria examina la lesión, describiéndola como una herida limpia, de aproximadamente 2 cm de diámetro en el tercio medio de la cara anterior

(palmar) del dedo índice de la mano izquierda, con flexión del dedo conservada. Neurológicamente, se registró que la paciente no presentaba focalidad neurológica, lo que significa que no se identificaron alteraciones en fuerza, sensibilidad, coordinación o reflejos. No consta que la reclamante haya manifestado tener ningún tipo de problema de movilidad.

Se procedió a suturar la herida con 3 puntos, logrando el cese del sangrado. Se cubrió con apósito estéril, se indicaron curas diarias y tratamiento antiinflamatorio. Además, se programó una cita para retirar la sutura y se recomendó acudir en caso de novedades clínicas.

2.- El 27 de abril, la paciente acude a una cita programada con el personal de enfermería del Consultorio Periférico de la Playa San Juan, donde también es evaluada por el médico de Atención Primaria debido a su preocupación por una disminución de la movilidad del dedo (en notas clínicas: "no tiene tanta movilidad"). Durante la exploración, se observa un ligero edema sin signos de infección. Se prescribe naproxeno (antiinflamatorio) 500 mg 1 comprimido cada 12 horas, y se indica nueva valoración en caso de evolución no favorable de la lesión.

3.- La paciente es valorada nuevamente por su Médico de Atención Primaria el 5 de mayo por "limitación al articular el dedo, lo tiene inflamado y enrojecido, tomó naproxeno por una semana, pero continúa inflamado el dedo". Solicita radiografía para descartar cuerpo extraño, que se realiza sin hallar hallazgos de la presencia de cuerpo extraño, y una consulta al servicio de traumatología para descartar una sección tendinosa. El traumatólogo recomienda realizar analítica para descartar un proceso infeccioso y cita la paciente.

4.- Valorada en consulta de Traumatología el 21/05/2020 y en consulta de Cirugía de la Mano el 26/05/2020, se determina la necesidad de una intervención urgente, explorando una incapacidad para flexión de la articulación interfalángica distal, tenodesis negativo (es decir se aprecia que el tendón no está fijado en la articulación), lesión del flexor profundo del índice y déficit sensibilidad del margen cubital distal del segundo dedo (descrito como "no discrimina 2 puntos borde cubital del segundo dedo").

5.- El 26/05/2020, la paciente firma el consentimiento informado para la reparación de los tendones flexores, que incluye posibles complicaciones como rigidez articular, contracturas en flexión del dedo, rotura de las suturas del injerto tendinoso o adherencias, lo que podría condicionar la necesidad de reintervención.

La paciente ingresa en la planta de traumatología el 29 de mayo de 2020 para someterse a la intervención del primer tiempo de reconstrucción tendinosa e injerto nervioso.

Hallazgos intraoperatorios:

Sección del nervio colateral cubital con un defecto de 2,5 cm.

Sección del tendón flexor profundo de los dedos (FDP) en zona I-II, con el muñón retraído hasta la altura de la polea A3 (ubicada a nivel de la articulación interfalángica proximal).

Defecto de la polea A4 (se encuentra sobre la falange media) con cicatriz local.

Descripción de la intervención:

La reconstrucción del tendón FDP se realiza utilizando un espaciador de silicona, un implante temporal que crea un "canal flexor", facilitando la cicatrización y preparando el área para la colocación de un injerto tendinoso definitivo en una intervención posterior.

Se sutura el espaciador, con sutura distal (a nivel del dedo) y canalizada hasta pliegue proximal de muñeca (procedimiento que lo coloca dentro del lecho del tendón, hasta la muñeca).

El muñón del tendón flexor profundo de los dedos (FDP) es seccionado a nivel de los músculos lumbricales, en la zona media de la palma. Esto indica que la retracción del tendón no alcanzó el nivel de la muñeca, ya que el muñón distal se encuentra a nivel de los lumbricales, aproximadamente a la mitad de la palma.

La polea A4 se reconstruye utilizando un injerto de tendón autólogo (tomado de otra parte del cuerpo de la paciente).

Se realiza una neurorrafia epiperineural (técnica quirúrgica en la que se suturan las capas externas del nervio) con monofilamento 9/0, empleando un injerto autólogo del nervio antebraquial medial para reparar el defecto nervioso del colateral cubital.

En el segundo tiempo quirúrgico (28 de septiembre de 2020, tres meses después):

Se sustituye el espaciador de silicona por un injerto tendinoso autólogo, obtenido de la planta del pie.

CONSIDERACIONES

1.- El músculo flexor profundo de los dedos es un músculo del antebrazo que flexiona los dedos. Se inserta en la cara anterior del cúbito (ulna), pasa por la muñeca y termina en cuatro tendones que se insertan en la tercera falange de los últimos cuatro dedos (ver imagen abajo). Su función es permitir la flexión de la última falange sobre la intermedia, y también es responsable de la flexión de la segunda falange sobre la primera, así como de la flexión de la mano sobre la muñeca, contribuyendo al movimiento de la mano en general.

(...)

2.- En los servicios de urgencias, el diagnóstico de lesiones tendinosas traumáticas es principalmente clínico y se basa en la evaluación de la pérdida de extensión o flexión, lo cual puede identificarse mediante una exploración física.

Si el 20 de abril la paciente hubiera presentado una sección del tendón flexor profundo de los dedos (FDP) del segundo dedo de la mano izquierda —lesión que fue hallada durante la intervención traumatológica del 29/05/2020—, lo esperado habría sido que no pudiera doblar la última falange sobre la intermedia (actitud en extensión del dedo, ver imagen abajo), manifestando dificultad para cerrar la mano, agarrar objetos o realizar movimientos de pinza fina. Además, deberían haberse observado signos locales como hematomas, hinchazón, inflamación e incluso, al tacto, la solución de continuidad del tendón (interrupción en su integridad).

(...)

Durante la exploración realizada el 20 de abril, constatar que la flexión del dedo estaba conservada indica que se evaluó de manera integral la funcionalidad de todas las articulaciones del dedo, incluida la interfalángica distal, así como la acción de los principales tendones flexores (flexor profundo de los dedos [FDP] y flexor superficial de los dedos [FDS]) y los músculos implicados en dicho movimiento. En ese momento, se observó una capacidad plena para realizar la flexión del dedo índice sin limitaciones, y no se identificaron signos clínicos claros que sugirieran una lesión completa del tendón flexor profundo del dedo. Asimismo, no se evidenciaron signos de lesiones nerviosas.

En caso de una ruptura parcial del tendón, es posible que la movilidad inicial se mantenga, dificultando su detección en la exploración clínica temprana.

Por tanto, cabe considerar la posibilidad de que la valoración clínica inicial no fuera incorrecta, sino que la lesión evolucionara posteriormente hacia una rotura completa del tendón.

Por esta razón, se recomendó a la paciente realizar controles periódicos y acudir nuevamente en caso de presentar nuevos síntomas o complicaciones.

3.- El 27 de abril, la disminución de la movilidad del dedo se atribuyó al estado inflamatorio (edema) presente, por lo que se pautó un tratamiento con antiinflamatorio oral. Cabe recordar que cualquier herida pasa, en los primeros días, por una fase denominada inflamatoria, caracterizada por hinchazón, edema y tirantez, que pueden causar cierta rigidez y limitación en los movimientos.

Solo después de transcurrir un tiempo prudencial, al observar que la inmovilidad persiste, es posible sospechar una lesión más grave, como la ruptura de algún tendón.

Este fue el caso el 5 de mayo, cuando, tras descartar otras causas que pudieran justificar la persistencia del estado inflamatorio y la limitación en los movimientos —incluyendo una radiografía que descartó la presencia de cuerpos extraños y una analítica que descartó infección—, se decidió derivar a la paciente al Servicio de Traumatología para descartar una lesión tendinosa.

CONCLUSIONES:

1.- Después de haber aclarado las consideraciones iniciales, se procede a responder a la pregunta formulada por el Consejo Consultivo, en la que se solicita el tiempo que prudencialmente se considera adecuado para llevar a cabo la reparación sin que, a priori, surjan problemas:

Se entiende por reparación la operación que consiste en la sutura del tendón.

El tiempo óptimo para la reparación de los tendones flexores de la mano es un tema debatido. Aunque la teoría predominante aboga por la reparación primaria inmediata de los tendones tras la lesión, generalmente dentro de las primeras 24-48 horas, existe evidencia limitada que defina el marco de tiempo ideal para realizar dicha reparación. Algunas revisiones recientes destacan la importancia de reparar el tendón dentro de la primera semana posterior a la lesión y respaldan la reparación primaria diferida hasta las tres semanas posteriores. Sin embargo, algunos estudios sugieren que esta reparación puede extenderse hasta las cinco semanas después de la lesión. Generalmente, se describe que las reparaciones más tardías (más allá del mes o cinco semanas) presentan un mayor riesgo de complicaciones debido al acortamiento del tendón y la formación de adherencias.

El tema de la reparación inmediata (en las primeras 24-48 horas) presenta ventajas significativas, como una menor retracción tendinosa, lo que facilita la reparación y la alineación adecuada del tendón. Sin embargo, si se realiza de forma demasiado temprana, especialmente en presencia de condiciones inflamatorias que suelen caracterizar la primera semana tras una lesión traumática, puede aumentar el riesgo de adherencias, ruptura postquirúrgica y complicaciones en el proceso de cicatrización. Por este motivo, el debate sobre los tiempos óptimos de reparación quirúrgica (cirugía primaria inmediata frente a cirugía diferida) sigue siendo relevante en la práctica clínica.

2.- En respuesta a la pregunta formulada sobre si el hecho de que transcurriera algo más de un mes desde la producción de la lesión hasta la intervención quirúrgica determinó que la práctica de esta última fuera más compleja que si se hubiera realizado de haberse diagnosticado la rotura del tendón desde un principio (20 de abril de 2020):

En el caso de la paciente, se realizó una cirugía de reconstrucción en dos tiempos, un tipo de intervención utilizado cuando es necesario colocar un tendón nuevo mediante dos procedimientos quirúrgicos separados, generalmente con un intervalo de 3 a 5 meses entre ellos.

La reconstrucción en dos tiempos está indicada cuando:

El tendón no se ha reparado de forma inmediata y han transcurrido semanas o meses desde la lesión.

Ha fallido una primera intervención de reparación con sutura.

Existe formación de cicatrices internas.

Existe un daño moderado-severo de partes blandas.

La lesión es particularmente compleja. Esto incluye casos en los que las poleas están afectadas, como sucedió con la paciente (defecto de polea A4).

Lesión en los nervios digitales.

Es probable que, dado los hallazgos de daño en la polea y la lesión nerviosa, la paciente hubiera requerido la misma intervención quirúrgica desde el primer momento.

Además, la cirugía en dos tiempos tiene ventajas adicionales y su objetivo es mejorar la funcionalidad de la articulación y reducir las secuelas posibles, como se refleja en la evolución satisfactoria de este caso. Al dar tiempo para estabilizar el tendón y evitar su retracción mediante un espaciador o injerto temporal, se puede realizar una reparación con menor tensión en el tendón. Esto reduce el riesgo de fracaso de la cirugía inicial y facilita una recuperación funcional más completa. Además, se disminuye la probabilidad de que el tendón se adhiera a las estructuras vecinas, lo que mejora la movilidad y la función a largo plazo, minimizando el riesgo de complicaciones graves a futuro.

3.- En respuesta al a pregusta si de haber sido diagnosticada la rotura del tendón desde un primer momento la evolución y las secuelas que le han quedado a la reclamante hubieran sido las mismas o diferentes:

Aunque aceptáramos que la paciente pudo haber sufrido una sección completa del tendón desde el 20 de abril de 2020 (y no una sección parcial que evolucionó posteriormente), la demora en el diagnóstico de la lesión tendinosa no necesariamente es la causa directa de los daños sufridos por la reclamante. En muchos casos, la evolución natural de este tipo de lesiones puede generar limitaciones similares a las observadas en la paciente, incluso cuando se tratan de manera inmediata. De hecho, se ha documentado que hasta un 30% de las lesiones tendinosas pueden dejar secuelas.

Además, la cirugía tendinosa conlleva riesgos inherentes al procedimiento que incluyen rigidez articular, disminución de la movilidad articular, daños vasculares y nerviosos, necesidad de reintervención.

A pesar de todo, es importante destacar que, en este caso, la rotura del tendón fue tratada de manera adecuada y satisfactoria.

En marzo 2021 la evolución se describe como favorable, faltando solo los últimos grados de movilidad a nivel de la interfalángica distal; en agosto de 2021, el traumatólogo documenta que la paciente presenta una extensión completa sin signos de tensión, flexión activa completa y sensibilidad con discriminación de 5 mm, valor que se encuentra dentro del rango esperado para la parte media del dedo (entre 3 y 8 mm). Posteriormente, el 17 de

febrero de 2022, se señala que la paciente no refiere dolor y tiene una funcionalidad correcta, aunque presenta una pequeña limitación para cerrar completamente el puño, quedando un pequeño espacio del grosor de un dedo sin cerrarse.

En resumen, la paciente alcanzó movilidad completa de la articulación sin restricciones, recuperó sensibilidad normal y una funcionalidad correcta de la mano.

En cuanto a los tiempos estimados de recuperación funcional tras una lesión de tendones flexores que requiere intervención quirúrgica (considerando que las lesiones parciales pueden tratarse de forma conservadora), estos dependen de la naturaleza y complejidad de la lesión, el tipo de intervención quirúrgica realizada (reparación simple o reconstrucción) y la adherencia del paciente a las pautas de rehabilitación. El tiempo de recuperación es mayor en las intervenciones que requieren reconstrucción tendinosa en comparación con las de reparación simple.

No obstante, no se puede excluir que la misma cirugía podría haberse realizado desde el primer momento, y que la evolución y el "alargamiento del tiempo de recuperación funcional" podrían haber sido los mismos, siendo estos intrínsecos a la propia lesión (compleja) y a la consecuente necesidad de intervenir mediante una reconstrucción en dos tiempos».

- Con fecha 13 de enero de 2025 se confirió trámite de audiencia a la interesada, formulando alegaciones mediante escrito de fecha 27 de enero de 2025.

- Con fecha 12 de febrero de 2025 se emitió nueva Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata

y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*lex artis ad hoc*».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: «Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la

responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las

condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso

producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. En el presente caso, la interesada insta el presente procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que la prestación sanitaria que le fue dispensada con ocasión del corte que sufrió el día 20 de abril de 2020 en el dedo índice de la mano izquierda tanto por los Servicios de Urgencias del Centro de Salud Alcalá como, posteriormente, por el servicio de Atención Primaria del Centro de Salud Playa de San Juan, fue contraria a la *«lex artis ad hoc»,* al considerar que se produjo un diagnóstico erróneo de su lesión, lo cual determinó que no se le practicara el tratamiento adecuado, conllevando el empeoramiento de su estado de salud y un retraso de algo más de dos meses en administrarle el tratamiento correcto.

Planteado en estos términos el debate y, una vez examinado el expediente administrativo, consta acreditado que el día 20 de abril de 2020 (...) acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud Alcalá, refiriendo un corte en cara anterior del dedo índice de la mano izquierda con un vidrio, por lo que se procedió a la exploración de la extremidad por el médico de urgencias, haciéndose constar en el Informe Médico de ese día *«MMSS: se evidencia herida de 2cm de diámetro aproximadamente en 1/3 medio de cara anterior de dedo índice de mano izquierda, con flexión de conservada. Neurológico: vigil, activa. No focalidad neurológica»,* siendo diagnosticada de *«HERIDA ABIERTA DE DEDO DE LA MANO (Observaciones: INDICE IZQ)»*, procediendo a suturar la herida con tres puntos y a pautarle Ibuprofeno 600mg.

Posteriormente, el día 27 de abril de 2020, la Sra. (...) acude a su médico de Atención Primaria en el Centro de Salud de San Juan para la retirada de la sutura,

manifestando además a dicho facultativo su preocupación porque no tenía tanta movilidad en el dedo. A pesar del síntoma manifestado por la Sra. (...) de limitación a la movilidad en el dedo, no consta en el Informe Médico emitido con ocasión de tal asistencia que por el médico de Atención Primaria se practicara la exploración de la extremidad a la reclamante, haciendo constar únicamente *«no signos de infección no rubor calor, solo ligero edema»*, para lo cual le prescribió antibiótico.

Consta, asimismo, que el día 5 de mayo de 2020 la reclamante acudió nuevamente a su médico de Atención Primaria en el Centro de Salud de Playa San Juan En el Informe Médico emitido con ocasión de tal asistencia ya se hace constar lo siguiente: *«Anamnesis: vemos paciente con herida en 2 do dedo de mano izquierda que se la realizo hace 2 semanas desde entonces tiene limitación al articular el dedo, lo tiene inflamado y enrojecido, tomo naproxeno por una semana continua inflamado el dedo derivo para rx de 2 do dedo de mano izquierda para descartar cuerpo extraño, se recibe rx donde no se constata cuerpo extraño derivo a aparato locomotor por si hubo sección de tendón del dedo. Exploración: se constata inflamación y limitación a los movimientos del 2do dedo de mano izquierda».*

Valorada en consulta de Traumatología el 21 de mayo de 2020 y en consulta de Cirugía de la Mano el 26 de mayo de 2020, se determina la necesidad de una intervención urgente, explorando una incapacidad para flexión de la articulación interfalángica distal, tenodesis negativo (es decir se aprecia que el tendón no está fijado en la articulación), lesión del flexor profundo del índice y déficit sensibilidad del margen cubital distal del segundo dedo, siendo intervenida quirúrgicamente los días 29 de mayo y 28 de septiembre de 2020.

Expuesto lo que antecede, en el presente caso, ha quedado acreditado que se ha producido un error en el diagnóstico de la lesión sufrida por la reclamante -lesión del flexor profundo del dedo índice-, ahora bien, no queda debidamente justificado que tal error se produjera desde la primera asistencia que se le prestó en el Servicio de Urgencias el día 20 de abril de 2020, toda vez que la Sra. (...) fue debidamente explorada por el médico de urgencias, tal como consta en el Informe Médico emitido con ocasión de dicha asistencia, y la flexión del dedo estaba conservada. En este sentido, en el propio Informe Pericial aportado por la reclamante se hace constar como la Sra. (...) refiere que *«le indicaron que flexionara el dedo pero ella no apreció si lo flexionaba o no»*. Es decir, no cabe duda que, en ese momento, a la reclamante se le practicó la exploración física adecuada sin que se advirtieran síntomas de rotura del flexor profundo del dedo.

A este respecto el Informe del SIP de 29 de mayo de 2024 expone que *« (…) En respuesta a la reclamación donde se argumenta que no se realizaron pruebas complementarias en esa primera valoración, y se llevó a cabo únicamente una "sutura", es importante señalar que una radiografía ayuda a descartar lesiones óseas, pero no descarta lesiones tendinosas. Las únicas pruebas que pueden ayudar a valorar una posible ruptura tendinosa son la ecografía o la resonancia magnética, las cuales, a la vista de la exploración realizada y de los síntomas manifestados, no indicaban otra actuación clínica. Debemos recordar que la ubicación de la herida cutánea no siempre tiene correspondencia con la de la herida tendinosa, ya que ésta cambiará de zona, según si la lesión se hubiera producido con los dedos flexionados o no.*

La decisión de no derivar la paciente al hospital para realizar pruebas complementarias, en esta etapa se basa en la evaluación clínica dado que no había indicios de daño estructural profundo que justificara dichas pruebas al presentar una movilidad conservada y la flexión estaba conservada.

(…)

En las lesiones traumatológicas que afectan las regiones digitales distales, es posible que se produzcan roturas parciales, que permitan al tendón mantener un correcto balance durante las pruebas exploratorias, manifestándose el déficit secundariamente, en el tiempo, al no producirse una inmovilización (que no se realizó al no haber sospecha por la exploración)».

Añadiendo el Informe complementario del SIP de 10 de diciembre de 2024 que:

«En los servicios de urgencias, el diagnóstico de lesiones tendinosas traumáticas es principalmente clínico y se basa en la evaluación de la pérdida de extensión o flexión, lo cual puede identificarse mediante una exploración física.

Durante la exploración realizada el 20 de abril, constatar que la flexión del dedo estaba conservada indica que se evaluó de manera integral la funcionalidad de todas las articulaciones del dedo, incluida la interfalángica distal, así como la acción de los principales tendones flexores (flexor profundo de los dedos [FDP] y flexor superficial de los dedos [FDS]) y los músculos implicados en dicho movimiento. En ese momento, se observó una capacidad plena para realizar la flexión del dedo índice sin limitaciones, y no se identificaron signos clínicos claros que sugirieran una lesión completa del tendón flexor profundo del dedo. Asimismo, no se evidenciaron signos de lesiones nerviosas.

En caso de una ruptura parcial del tendón, es posible que la movilidad inicial se mantenga, dificultando su detección en la exploración clínica temprana.

Por tanto, cabe considerar la posibilidad de que la valoración clínica inicial no fuera incorrecta, sino que la lesión evolucionara posteriormente hacia una rotura completa del tendón.

Por esta razón, se recomendó a la paciente realizar controles periódicos y acudir nuevamente en caso de presentar nuevos síntomas o complicaciones».

Por tanto, no se puede imputar a ese momento inicial el error de diagnóstico. Cosa distinta es la actuación médica del día 27 de abril de 2020, fecha en la que ya existían indicios que advertían la posibilidad de que la patología de la reclamante pudiera ser una rotura del tendón. Así, la Sra. (...) refiere a su médico de Atención Primaria su preocupación por la falta de movilidad en su dedo, sin que por parte de aquel se le practicara ninguna prueba exploratoria encaminada a efectuar un adecuado diagnóstico, limitándose a prescribirle antibióticos por si pudiera tratarse de una infección, pero sin practicarle pruebas diagnósticas complementarias, máxime cuando ya había transcurrido una semana y la evolución de la lesión había empeorado con limitación de la movilidad, no siendo hasta el día 5 de mayo de 2020 cuando se plantea la posibilidad de una rotura del tendón ante la tórpida evolución de la lesión y la limitación de movilidad que padecía, diagnóstico que finalmente tiene lugar el 21 de mayo de 2020.

De lo hasta aquí razonado se concluye que, el error en el diagnóstico, así como, la tardanza en administrarle el tratamiento adecuado, que no era otro que la intervención quirúrgica, limitó las posibilidades de una pronta recuperación de la paciente, así como un sufrimiento físico injustificado.

En relación con la doctrina de la pérdida de oportunidad, la reciente Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 6 de febrero de 2025 (Rec. 577/2022), que condensa la doctrina jurisprudencial que en la materia ha sentado la Sala Tercera del Tribunal Supremo, razona lo siguiente:

« (...) La doctrina de la pérdida de oportunidad, que ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, ya en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, y de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis, que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Las sentencias del Tribunal Supremo de 19 de octubre de 2011 y de 22 de mayo de 2012, la dictada en fecha de 20 de marzo de 2018 insiste en la doctrina de la pérdida de oportunidad desde la óptica de la incertidumbre "acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha

actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo".

En similar sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016 reitera que la doctrina de la pérdida de oportunidad "exige que concurra un supuesto estricto de incertidumbre causal, esto es una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto".

La sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008 se refería a la doctrina de la pérdida de oportunidad por retraso en dispensar al paciente, en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud; en ella se declaraba que " (...) esta privación de expectativas, denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la "pérdida de oportunidad" (sentencias de 7 de septiembre de 2005 y 26 de junio de 2008), constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una falta de servicio".

Hay, pues, dos aspectos esenciales a valorar cuando intentemos demostrar la posible existencia de un supuesto de actuación médica en la que no se han aplicado los medios, modos o formas ordinarios o protocolizados para evitar un mal que, finalmente, se produjo y que podía haberse evitado con carácter previo si se hubiera actuado de forma diferente a como se hizo, pero que no se aplicó en el momento oportuno:

1º.Grado de Probabilidad de que una actuación diferente hubiera tenido como efecto la evitación del mal posterior.

2º.Grado o entidad del daño ocasionado.

A este respecto, ha de tenerse en cuenta que en la STS de 25 de mayo de 2016 se razona que la doctrina de la pérdida de oportunidad exige que la posibilidad frustrada no sea simplemente una expectativa general, vaga, meramente especulativa o excepcional, ni puede entrar en consideración cuando es una ventaja simplemente hipotética.

En definitiva, lo que se debe indemnizar es el coste de la oportunidad perdida por esa falta de atención, por el retraso en la misma, todo ello en relación con una enfermedad que no sabemos cómo habría acabado en caso de que se hubiese adoptado alguna decisión terapéutica relevante tras haberse hecho las pruebas indicadas, pues es una obviedad que no

todo tratamiento médico bien aplicado lleva a la curación total o a la evitación de toda secuela».

Aplicando la anterior doctrina al caso que nos ocupa y apreciando, como se ha expuesto, la existencia de pérdida de oportunidad en la atención sanitaria dispensada a la Sra. (...) el día 27 de abril de 2020, consideramos que, teniendo en cuenta, por un lado, la baja probabilidad de que una actuación médica diferente hubiera tenido como efecto la evitación de la intervención quirúrgica posterior, puesto que, a la vista del Informe Pericial de parte y los Informes del SIP, el tratamiento probable de la lesión era, precisamente, la intervención quirúrgica; y, por otro lado, el grado o entidad del daño ocasionado que fue el sufrimiento padecido por la reclamante causado por la falta de movilidad del dedo durante algo más de un mes, consideramos en este caso que la pérdida de oportunidad debe cuantificarse en un 20 %.

5. Por último, la reclamante solicita una indemnización por importe total de 21.552,77 euros aplicando analógicamente las tablas contenidas en el baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Pues bien, tal como se acaba de señalar en el apartado anterior del presente Fundamento, a la interesada le corresponde percibir en concepto indemnizatorio el 20 % -coste de oportunidad- de la cantidad reclamada, esto es, 4.310,55 euros.

Asimismo, la cantidad objeto de la indemnización deberá actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, de conformidad con lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

En virtud de todo lo anteriormente razonado, en el presente caso procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, no se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo de Canarias.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina no conforme a derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.