

En Logroño, a 30 de septiembre de 2016, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

34/16

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a.A.C.H, por daños y perjuicios que entiende causados, al ser intervenida en el SERIS de una fractura de la muñeca derecha, con secuelas de síndrome doloroso regional complejo; y que valora en 202.327,19 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito, de fecha 15 de septiembre de 2015, presentado el día inmediato siguiente en la Delegación del Gobierno de La Rioja y registrado de entrada en el Servicio Riojano de Salud (SERIS) el día 18, se plantea la precitada reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria, que se fundamenta, resumidamente, en lo siguiente:

“PRIMERO.- El 26 de abril de 2013, la (paciente) sufrió una caída accidental en su domicilio, golpeándose en la región parieto-occipital derecha, apoyando la muñeca derecha en el suelo para paliar el golpe, sintiendo un fuerte dolor en la muñeca derecha, que limitaba su capacidad funcional.

Su hija la llevó al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño. Practicados los estudios radiológicos pertinentes, se le diagnosticó fractura del tercio distal del radio derecho. Se le redujo la fractura con anestesia local, inmovilizándola posteriormente con una férula de escayola.

Le indicaron que debía mantener la mano en alto, mover los dedos de la mano y tomar analgésicos si tenía dolor. Se le citó en Consultas Externas de Traumatología transcurridos 7-10 días, para revisión o, si aparecían complicaciones, que acudiese al Servicio de Urgencias.

SEGUNDO.- La (paciente) sufría intensos dolores y veía que los dedos se le amorataban, sintiendo sensaciones a modo de crujidos o roces cuando movía el brazo, por lo que, el día 10 de mayo de 2013, decide acudir al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, a pesar de que no había sido citada hasta el 30 de mayo. En esa asistencia, le dijeron que era normal y, sin reconocerle la muñeca, le dijeron que volviese el día en la que estaba citada. En el informe, señalan que, en la exploración de la extremidad superior derecha, se aprecia una discreta inflamación, sin síndrome compartimental, sin signos de celulitis, ni flebitis, ni de trombosis venosa profunda, señalando en dicho informe "fractura de muñeca derecha en evolución".

Como tratamiento, le recomiendan mantener la extremidad superior derecha en reposo relativo, en cabestrillo Sling, le prescriben Xumadol y Enantyum, así como acudir a la consulta que tenía fijada para 20 días después, es decir, el 30 de mayo de 2013.

No obstante, una Asistente que lo escuchó le recomendó que, tal y como estaba, "que no esperase al día 30", sugiriendo que volviese al día siguiente "ya que no tenía buena pinta".

Pero los dolores aumentaban en intensidad, los dedos seguían cada vez más hinchados y las sensaciones de chasquidos y roces seguían aumentando.

El día 13 de mayo, decide acudir al Hospital San Pedro, a la consulta del Traumatólogo para el que había sido citada para el día 30, el Dr. O.R, quien, como no tenía cita, le remitía a que volviese el día 30; fecha en la que estaba citada. Tras insistirle la paciente, le dijo el Traumatólogo que esperase a que terminase las consultas que tenía ese día y la recibiría. El Dr. O.R. le solicitó un nuevo estudio radiológico. Al estudio de la radiografía y tras comentarlas con otro compañero, decidieron que la situación requería una intervención quirúrgica urgente. Le hizo firmar el consentimiento informado. Le hizo el preoperatorio el día 14 de mayo y la operación la realizaron el día 15.

El alta hospitalaria se la dieron el día 17, dado que un medicamento le causó reacción, (vómitos, dolor de cabeza.), y la tuvieron en observación un día más, constando, en el informe correspondiente al alta, que el motivo de su ingreso había sido el proceder al tratamiento quirúrgico de su muñeca derecha "por desplazamiento de fractura distal de radio". El diagnóstico emitido fue de "fractura intraarticular distal de radio derecho".

El tratamiento consistió en la reducción abierta y la fijación interna mediante una placa para radio distal.

Es sorprendente, tal y como se puede apreciar por las radiografías, la situación de desplazamiento observada en las radiografías efectuadas el 6 de mayo de 2013, y las del 13 de mayo son idénticas, y asimismo no se aprecian diferencias con las realizadas el día del accidente, es decir, el 26 de abril, por lo que cabe preguntarse si el estudio radiológico en las diferentes fechas es el mismo que el realizado en el día 13, ¿por qué esperaron tanto para realizar la

operación? La dilación en el tratamiento de la muñeca ha sido clave para provocar las lesiones que ahora se están relatando.

TERCERO.- A pesar de la operación, la paciente seguía apreciando edema en la mano y que los dedos empezaban a adquirir una coloración amoratada, sufriendo fuertes dolores que no eran capaces de paliarlos los analgésicos pautados, por lo que, el día 21 de mayo, decidió acudir de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, dado que no podía esperar a la cita del 27 de mayo.

En el informe (del Servicio de) Urgencia, se hace constar que la paciente “acude por dolor intenso a nivel 1º dedo de la mano derecha”. El tratamiento practicado por el Traumatólogo que le atendió fue el de retirarle la férula de escayola y, sorprendentemente, colocársela a la inversa, es decir la parte que quedaba en la muñeca se la pusieron próxima al codo y así no le rozaría en el dedo.

*La mejoría tampoco llegó. Decidida, se puso en contacto con el Hospital para que le facilitasen dónde pasaba consulta el Dr. G; y la persona que le cogió el teléfono (¿Enfermera?), le dijo que en el CARPA. Preguntándole el motivo, le explicaba cuál era la causa; y la que le atendió al otro lado del teléfono le dijo “que se quitara ella misma la escayola”; **ella no se atrevió**; por lo que, al día siguiente, acudió o la consulta sin cita previa; y la Enfermera la recibió de malas maneras, diciéndole que ya le había dicho que se la quitase ella, procediendo, de las mismas malas, a retirarle la escayola, sin presencia de Traumatólogo alguno.*

El Dr. M.M. le prescribió, de forma urgente, rehabilitación a días alternos en el C.A.R.P.A, al observar que la mano presentaba un aspecto atrófico, que refería rigidez, pero que no presentaba signos de inflamación. A pesar de todos los episodios padecidos por la paciente, no se la incluye en (el Servicio de) Rehabilitación hasta el día 7 de agosto, casi tres meses después de la operación.

*El 21 de junio de 2013, en informes evolutivos del Dr. G.M, (se) apunta la presencia de un Síndrome de dolor regional complejo; *síndrome que sería diagnosticado posteriormente y que hizo que se alargase el tratamiento rehabilitador y farmacológico de la paciente **prolongando su situación laboral hasta los dieciocho meses.****

El Dr. D. C.A.N, que ha seguido la evolución desde mayo de 2014, ya diagnóstica, en la exploración física, “distrofia simpático refleja en la extremidad derecha”, y, con la gammagrafía, se le diagnostica, “distrofia simpático-refleja y aplastamiento de L 1”, llegando a la conclusión que la mejoría, tras el tratamiento de fisioterapia, no ha sido la esperada. La mejoría ha sido escasa persistiendo el dolor la rigidez y refiere disestesias en el territorio del nervio mediano.

Actualmente, sigue en revisiones, sin que se observe mejoría. De hecho, el día 22 de abril de 2015, en uno de los controles médicos, se observan signos muy incipientes de atrapamiento del nervio mediano derecho, a través del túnel del carpo, por lo que añaden al tratamiento Complejo vitamínico B.

Valora de nuevo el 30 de junio de 2015: no se objetiva mejoría alguna, dando ya las lesiones presentadas como secuelas, aunque se le vuelve a citar para dentro de seis meses, es decir para enero de 2016.

CUARTO. - La paciente ha sufrido un verdadero calvario ante tamaños despropósitos, no solamente porque veía que su mano se estaba quedando atrofiada, sino también por los dolores padecidos y que sigue padeciendo, teniendo la mano totalmente inutilizada, lo que le ha llevado a acudir a la Unidad de Salud Mental, tras sufrir un Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo, que está siendo tratado por la Psicóloga Clínica D^a A.L.T. desde el día 8 de octubre de 2014.

QUINTO.- Como consecuencia de la mala praxis a la hora de tratarme las lesiones ocasionadas por el accidente doméstico, tanto en la primera asistencia en (el Servicio de) Urgencias, con un tratamiento no adecuado, la tardanza en la operación, (que ya se había podido ver que el tratamiento aplicado no era correcto), como el retraso en la rehabilitación, han provocado que se hayan producido en la paciente lesiones graves y permanentes que me han dejado la mano y muñeca totalmente inutilizadas y con dolor, además de las secuelas psicológicas ocasionadas ante la perspectiva de la inutilidad, que estaba viendo como definitiva, como así ha sido.

SEXTO.- Por otro lado, trabajaba en una empresa de cuidadora de enfermos, para lo cual necesito las dos manos, han hecho que, tras haber cumplido los sesenta y cinco años, cuando me dieron el alta, me tuviera que jubilar, sin poder extender mi etapa laboral un tiempo mayor, que necesitaba para poder mejorar mis cotizaciones y optar a una pensión de jubilación más digna”.

Acompaña a su escrito una fotocopia de un artículo doctrinal sobre el *Síndrome de dolor regional complejo* y, por aplicación analógica del baremo de la Ley 34/2003, cuantifica su pretensión en la cantidad de 202.327,19 euros.

Asimismo, solicita prueba documental, consistente en el historial clínico de la reclamante, pericial y testifical de cuantos intervinieron en la atención prestada a la misma.

Segundo

Mediante Resolución de 21 de octubre de 2015, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 16 anterior, y se nombra instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta del día 22 de octubre, se comunica a la interesada la iniciación del procedimiento, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Dicha iniciación del procedimiento se había comunicado también a la Compañía Aseguradora del SERIS, que acusó recibo el día 12 de noviembre.

Y, mediante comunicación del día 26 de octubre, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la

asistencia sanitaria prestada a la paciente en los Servicios de Urgencias y de Traumatología, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada.

Cuarto

El 17 de noviembre, la Dirección del Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica, así como los informes aportados por los Dres. R.E.O.D, J.M.C.E, E.G.M, C.A.N. y H.Á.M.M.

Quinto

Con fecha 3 de diciembre, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

El informe, de fecha 27 de enero de 2016, concluye con la siguiente **discusión científico-técnica:**

“(La paciente) dice en su escrito de reclamación: « ¿Por qué esperaron tanto tiempo para realizar la operación? La dilación en el tratamiento de la muñeca ha sido clave para provocar las lesiones que ahora se está relatando. Como consecuencia de la mala praxis a la hora de tratarme las lesiones ocasionadas por el accidente doméstico, tanto en la primera asistencia en (el Servicio de) Urgencias, con un tratamiento no adecuado, la tardanza en la operación (que ya se habla podido ver que el tratamiento aplicado no era correcto) como el retraso en la rehabilitación, han provocado que se haya producido en la paciente lesiones graves y permanentes que me han dejado la mano y muñeca totalmente inutilizadas y con dolor, además de las secuelas psicológicas ocasionadas ante la perspectiva de la inutilidad que estaba viendo como definitiva, como así ha sido».

De lo expuesto en el párrafo anterior, cabe deducir que la paciente, achaca una cierta negligencia o mala praxis a la actuación profesional de los Traumatólogos que intervienen hasta su intervención quirúrgica así como de la tardanza en la rehabilitación.

En primer lugar, debemos decir que la patología que presenta y que ya fue diagnosticada por el Dr. G, el 21/06/2013, es decir, transcurridos dos meses de la primera asistencia, y un mes de la intervención, fue SDRC (Síndrome de dolor regional complejo) y que también se conoce en la literatura médica con otras denominaciones, como distrofia simpático-refleja, algodistrofia, Síndrome de Sudeck-Leriche, etc, y que podríamos definir como un conjunto de manifestaciones clínicas caracterizadas por dolor e impotencia funcional, acompañado de un estado pseudo-inflamatorio normalmente inconstante y transitorio, en relación con trastornos vasomotores. Con frecuencia, también hay trastornos tróficos que afectan a la zona. El SDRC se clasifica en tipo I y II, con única diferencia de si hay afectación o no de lesión nerviosa. En caso positivo, estaríamos hablando del tipo II. En el caso de (esta paciente) estamos en el tipo I, sin afectación nerviosa.

Es importante señalar que, a fecha de hoy, se desconocen los mecanismos patogénicos que provocan esta enfermedad, aunque se habla de múltiples factores y teorías que implican diversas soluciones paliativas, como es la realización de simpatectomías, por ejemplo. También se habla de ciertos factores predisponentes, entre los que se incluyen los metabólicos, y los psicológicos, así como de factores desencadenantes, como son los traumatismos, las propias intervenciones quirúrgicas o incluso las inmovilizaciones. La evolución a largo plazo suele ser favorable, y las secuelas suelen ser menores, tipo dolor residual, disminución de la funcionalidad o presencia de edema. A veces, pueden ser graves, con aparición de deformaciones retráctiles o trastornos vasculares graves, que pueden obligar a múltiples intervenciones para paliar, en lo posible, dichas secuelas. El tratamiento es complejo y suele requerir actitudes terapéuticas muy variadas, incluso con adaptación individual. Incluye tratamiento farmacológico, rehabilitador, apoyo psicológico, técnicas de bloqueo nervioso, etc. Es interesante una buena profilaxis, en el terreno traumatológico y ortopédico, procurando una movilización rápida y un tratamiento precoz.

Explicando con cierto detenimiento el cuadro clínico que padece la paciente, es decir el SDRC tipo 1, puede desprenderse fácilmente que no se puede hablar, en ningún caso, de una relación causal con la atención prestada, tanto en la atención urgente del 26/04/2013, como posterior. La actuación frente a ese tipo de fracturas, por otro lado, es la correcta, intentando una solución de reducción conservadora; y, si la evolución no es positiva, plantear la solución quirúrgica. En el mismo informe que realiza la Dra. L.L.D, se dice que se le advierte a la paciente la posibilidad de que la fractura que se ha reducido pueda desplazarse, en cuyo caso habría que modificar el tratamiento. De hecho, en el primer control, efectuado por el Dr. O.R.S, en la consulta de Traumatología del 06/05/2013, es decir 10 días más tarde, el control radiológico es correcto, mientras que, el 13/05/2013, observa que la fractura esta impactada y desplazada y plantea, con carácter de urgencia, la intervención quirúrgica.

Por lo expuesto, considero que la actuación de los Facultativos Traumatólogos, que la atienden en este periodo, objeto de queja fue correcta, y que en nada puede desprenderse una relación causal con la clínica que posteriormente padeció la paciente, que, como ya se ha dicho, es SDRC. Es más, si se hubiera decidido desde el primer momento por la solución quirúrgica, nadie puede hoy asegurar que se hubiera evitado la aparición del SDRC. Ya hemos hablado, como un factor a considerar, dentro de la complejidad de la fisiopatología de este síndrome, que la cirugía también es un factor a considerar.

Respecto al retraso de la rehabilitación, debe tenerse en consideración lo manifestado por el Dr. M.M. en el sentido de que debe considerarse, no desde la fecha de intervención, sino desde la retirada de la inmovilización. Hay un parte de interconsulta de fecha 06/08/2013, efectuado por del Dr. G. al Servicio de Rehabilitación con carácter preferente. La paciente fue vista por primera vez en consulta (del Servicio de) Rehabilitación el 17/07/2013, es decir 40 días más tarde. Hubiera sido deseable que esta primera consulta se hubiera producido antes, ya que tenía carácter preferente, pero, en ningún caso, puede determinarse como definitiva ni en la génesis de la algodistrofia ni en su evolución tórpida. El retraso, en todo caso, es pequeño e insuficiente para que tenga algún peso (dentro de la fisiopatología ya comentada) de este síndrome.

En consecuencia, con lo expuesto, encuentro que la actuación de los profesionales que atienden a la paciente ha sido correcta, que no existe relación causa efecto entre el modo de proceder terapéutico y la patología de la paciente que, como se ha explicado, es un SDRC tipo I que, por

otro lado, fue diagnosticado prontamente y se pudo aplicar las terapias favorecedoras, que no curativas (porque no existen en la actualidad), tal como ya se ha comentado”.

Sexto

Obra seguidamente en el expediente un informe pericial de la Consultora médica *Promede*, de fecha 3 de mayo, emitido a solicitud de la Aseguradora del SERIS, del que transcribimos las siguientes **“conclusiones médico-periciales”**:

PRIMERA.- (La paciente), de 65 años de edad, sufrió una Fractura de Colles en muñeca derecha el día 26/04/2013, tras caída casual, de la que fue atendida en (el Servicio de) Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja, mediante reducción cerrada e inmovilización con escayola. Correcto.

SEGUNDA.- La reducción efectuada fue totalmente satisfactoria, según se desprende del control R.X. realizado 10 días más tarde; sin embargo, una semana más tarde, la fractura se desplazó ligeramente, lo que hizo sentir indicación quirúrgica, para estabilización con placa volar. Correcto.

TERCERA.- Intervenida el 15/05/13, sin incidencias, tras un mes de inmovilización, pasó a tratamiento rehabilitador, el cual dio comienzo casi dos meses después.

CUARTA.- Durante la evolución, desarrolló un SDRC, como complicación innata al proceso en sí mismo (¿fractura, inmovilización, cirugía?), la cual fue, a su vez, adecuadamente tratada.

CONCLUSIÓN FINAL.- *Tras el estudio de la documentación aportada, puede concluirse que la atención dispensada a la reclamante por parte del Servicio Riojano de Salud fue, en todo momento, acorde a la lex artis ad hoc”.*

Séptimo

Con fecha 4 de mayo, la Instructora acuerda admitir las pruebas documental y pericial propuestas en el escrito planteando la reclamación e inadmitir, por innecesaria, la testifical, al considerar que en la documentación unida al procedimiento se encuentran recogidos, con total precisión y claridad, todos los antecedentes producidos en relación con los hechos, por lo que su práctica no aportaría datos de interés alguno para el esclarecimiento de los mismos.

Octavo

Mediante escrito de la misma fecha, la Instructora se dirige a la reclamante, dándole trámite de audiencia, por término de quince días.

La interesada se persona en la Secretaría General Técnica el siguiente día 16, facilitándosele copia íntegra del expediente.

Noveno

Consta seguidamente en el expediente documentación acreditativa de la interposición del recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Décimo

La interesada presenta el 31 de mayo un escrito de alegaciones, de la misma fecha, al que acompaña informe médico pericial del Dr. V.F.T, de 23 de julio de 2015, en el que establece las siguientes *conclusiones*:

“PRIMERA.- Que (la paciente) sufrió una caída el día 26 de abril del 2013, produciéndose una Fractura distal del radio derecho. Tras la reducción con anestesia local, le inmovilizaron con una férula de escayola, iniciando un cuadro de intenso dolor y sensaciones de roza en la región fracturada.

El día 6 de mayo del 2013, se le practica un estudio radiológico, sin que, aparentemente, se modifique el tratamiento. En ese estudio radiológico, se aprecia un desplazamiento en los fragmentos.

El día 10 de mayo del 2013, acude al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, donde no le practican ningún estudio radiológico.

El día 13 de mayo del 2013, teniendo en consideración que no le hablan citado hasta el día 30 de mayo del 2013 y que las molestias eran de gran intensidad, decidió acudir a la Consulta del Dr. O.R, quien vuelve a practicarle un nuevo estudio radiológico, en el que no se aprecia ninguna diferencia sustancial, comparativamente con la que le hablan realizado una semana antes.

No obstante, se decidió la intervención quirúrgica urgente, que se realizó con fecha 15 de mayo del 2013.

La paciente continuó presentando importantes molestias dolorosas en la mano derecha, refiriendo la presencia de edema y de cambios en la coloración, observando la mano amoratada. No obstante, no iniciaría la rehabilitación hasta el día 7 de agosto del 2013, habiendo transcurrido 83 días desde la operación.

Para aquel entonces, ya le había sido diagnosticado un Síndrome de dolor regional complejo.

SEGUNDA.- Que dicho Síndrome de dolor regional complejo ha podido estar causado o favorecido por una inmovilización inicialmente inadecuada, o por diferir el tratamiento quirúrgico que, finalmente, tuvo que realizarse.

Si no puede afirmarse categóricamente que éstas fueron las causas del citado Síndrome, creo que resulta indiscutible que pudieron contribuir, de forma importante, a su severidad y evolución.

TERCERA.- *Que, aplicando el Baremo publicado en la Ley 34/03, a los efectos de realizar una valoración de las secuelas que presenta en su mano derecha (la paciente), la valoración podría ser de 43 puntos.*

Resultarían de la aplicación de un criterio de analogía para la abolición funcional severísima que afecta a la muñeca (pérdida funcional del 92,5%) y para la de la mano (mano prácticamente no funcional).

También se valora el Trastorno ansioso-depresivo por el que viene precisando de tratamiento en su Unidad de Salud Mental desde el mes de octubre del 2014.

CUARTA.- *Que el Instituto Nacional de la Seguridad Social mantuvo a la paciente en situación de Incapacidad Laboral Temporal durante 18 meses.*

Teniendo en consideración que una Fractura distal del radio habitualmente cursa alta en un plazo de 90-120 días, puede estimarse un periodo de estabilización lesional de 420 días impeditivos.

QUINTA.- *La situación residual del miembro superior derecho que sufre la paciente, que es diestra, es susceptible de un factor de corrección equivalente a una Invalidez Total en su grado máximo”.*

Décimo primero

Con fecha 6 de julio de 2016, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo segundo

El Secretario General Técnico, el día 11 de julio, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable a la Propuesta de resolución el siguiente día 22.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 27 de julio de 2016, y registrado de entrada en este Consejo el 1 de agosto de 2016, la Excma. Sr. Consejero de Políticas Sociales, Igualdad, Familia y Justicia del Gobierno de La Rioja, actuando en sustitución de la Excma. Sra. Consejera de Salud (por delegación establecida mediante el Decreto del Presidente núm. 5/2016, de 21 de julio), remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito de fecha 2 de agosto de 2016, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 3 de agosto de 2016, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción hoy vigente limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse por el interesado la cantidad de 202.327,19 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

En cuanto al contenido del mismo, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de*

salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustandose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo “*si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”.*

Tercero

Sobre existencia de responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

La Propuesta de resolución niega la relación causal entre la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, a raíz de la caída sufrida el 26 de abril de 2013, y la aparición del *Síndrome de dolor regional complejo (SDRC)* que desarrolló con posterioridad y que es el daño, realmente grave, cuyo resarcimiento reclama.

No podemos compartir, en absoluto, este criterio, toda vez que es innegable la relación de causa a efecto, en sentido estricto, entre la lesión sufrida en su caída por la interesada y su tratamiento posterior y el daño reclamado, la aparición del SDRC. Tema distinto es que concurra o no el necesario criterio positivo de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria que, como es sabido, no puede ser otro que el de la concurrencia de una infracción a la *lex artis*.

Infracción que rechaza la Propuesta de resolución, por entender que los profesionales sanitarios aplicaron los medios diagnósticos y terapéuticos que el proceso requería en cada momento, actuándose con la diligencia requerida.

Nos permitimos dudar, al menos, de este último extremo. En el presente caso, frente a lo que ocurre habitualmente, junto a los informes de los Facultativos y personal interviniente en el proceso asistencial, el de la Inspección médica y el aportado por la Aseguradora del SERIS, obra el emitido a instancia de la reclamante y aportado por la misma junto con sus alegaciones finales.

Y, aun cuando este último se muestra cauto ante la complejidad y dudas que plantea el SDRC, tanto en lo relativo a sus causas como a su tratamiento, resulta, en nuestra opinión, más convincente que aquéllos.

No existe discusión en la siguiente secuencia fáctica:

-El 26 de abril de 2013, la reclamante sufre una caída accidental, produciéndose una fractura distal del radio derecho. Tras la reducción de la fractura, se le inmoviliza con una férula de escayola, iniciando un cuadro de intenso dolor.

-El siguiente 6 de mayo, se le practica un estudio radiológico, en el que se aprecia un desplazamiento en los fragmentos, siendo citada para el día 30 de dicho mes.

-Ante los intensos dolores que sufría y el aspecto amoratado de los dedos, acude al Servicio de Urgencias el 10 de mayo. No se le practica nuevo estudio radiológico y se le mantiene el mismo tratamiento, insistiendo en que vuelva el siguiente día 30.

-Continuando los fuertes dolores, se presenta el día 13 de mayo, sin cita previa, en la Consulta del Dr. O.R. quien solicita nuevo estudio radiológico y decide intervenir quirúrgicamente, llevándose a cabo la intervención, previo el estudio preoperatorio y firma del consentimiento informado, el día 15.

-Prescrita, el 17 de julio, rehabilitación con carácter urgente, ésta se inicia el 13 de agosto.

-Ya el 21 de junio anterior, el Dr. G.M. había emitido el diagnóstico de sospecha del SDRC que, por desgracia, fue confirmado posteriormente.

-Por lo que se refiere a las secuelas, a fecha 23 de julio de 2015, en la muñeca derecha, tan sólo consigue una flexión dorsal de 10º y una flexión palmar de 20º, hallándose abolidos el resto de los arcos de movimiento, pudiendo considerarse que la pérdida funcional que presenta en la muñeca es del 92,5 %.

Como hemos anticipado, la pericia emitida a instancias de la reclamante es prudente en sus conclusiones pero, sin duda, las cuestiones o reflexiones que plantea son muy de tener en cuenta.

En efecto, pone de relieve esta pericia que, en las radiografías practicadas a la paciente a 6 de mayo de 2013, no se observa ninguna diferencia con respecto a las que se le practican el siguiente día 13: la situación de desplazamiento observada es la misma en ambas fechas, Y, a duras penas, se aprecia diferencia entre dichas radiografías y las que se le hicieron como radiografías de control tras la reducción inicial.

Es lógico preguntarse, como hace el perito, ¿por qué el día 13 de mayo se consideró urgente intervenir la fractura y no se apreció esa urgencia a la vista de los estudios radiológicos realizados una semana antes?. Destaquemos que las segundas radiografías se realizaron el día 13 y la reclamante fue intervenida quirúrgicamente a día 15.

A mayor abundamiento, tras el examen del día 6 de mayo, la paciente es citada a consulta el día 30, teniendo que acudir al Servicio de Urgencias el día 10, por los fuertes dolores que sufría y, sin estudio radiológico alguno, se le insiste en que vuelva el día 30. Sin embargo, persistiendo los dolores, se presenta, sin cita previa, el día 13, en la consulta del Dr. O.R, quien, como ya hemos dicho, tras la prueba pertinente, decide, urgentemente, la intervención quirúrgica.

También sorprende al perito informante que, con posterioridad a la intervención quirúrgica, la rehabilitación no se iniciara hasta el día 13 de agosto, habiendo transcurrido 83 días desde la intervención y 27 días desde que se prescribiera rehabilitación con carácter urgente, plazos, a todas luces, excesivos, máxime cuando, el 21 de junio, ya aparece un diagnóstico de sospecha del SDRC.

Cita el perito la opinión científica del Dr. S.I, quien ostentara la Presidencia de la Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica, en su obra *Lecciones de Patología Quirúrgica*, en el sentido de que, al enumerar y describir las secuelas o complicaciones correspondientes a las fracturas de la extremidad inferior del radio, recogía el *Síndrome reflejo postraumático* (como por entonces se denominada el SDRC, también conocido como Síndrome de Südeck); y mantenía que la causa del citado Síndrome era **“un tratamiento inadecuado de la fractura”**.

Todo ello lleva al perito a manifestar que ha podido producirse un tratamiento inadecuado de la fractura de la extremidad inferior del radio: una posible inmovilización inadecuada, un desplazamiento posterior de la fractura no tratado, el mantenimiento de la fractura con ese desplazamiento durante una semana, no pensar en citar a la paciente hasta 24 días más tarde y, tras ser intervenido quirúrgicamente, demorar el comienzo de la rehabilitación en 83 días.

Por lo que concluye que, aun cuando no pueda asegurarse categóricamente que todo esto fue causa del SDRC sufrido por la paciente, sí se puede afirmar que contribuyó, de forma muy importante, a su producción y a su severidad. Y ello, entendemos, es más que suficiente para considerar que existe la relación causal entre la actuación de los servicios públicos sanitarios y el daño, concurriendo, además, una infracción de la *lex artis*, que constituye el criterio positivo de imputación de responsabilidad a la Administración pública.

Frente a las anteriores consideraciones del perito de la reclamante, creemos que las de la Inspección médica y las de la Consultoría médica *Promede* presentan más apariencia de excusa de la actuación de los profesionales sanitarios, como si pretendieran salvar su responsabilidad al amparo de la rareza del SDRC, de la ignorancia y dudas sobre sus causas o de su pronóstico variable según las personas.

En este sentido, en el informe emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, se dice que algunos Médicos creen que un tratamiento precoz ayuda a limitar el trastorno, pero esta creencia aún no está apoyada por evidencia de estudios clínicos; se necesitan más estudios para comprender las causas del SDRC, cómo progresa y el papel del tratamiento precoz.

Se disculpan así las evidentes demoras que antes hemos denunciado en cuanto al tratamiento de la evolución tórpida de la fractura reducida, la decisión de su cirugía y la prescripción e inicio de la rehabilitación. Respecto de ésta, dice el informe que comentamos que, *“tras cuatro semanas de inmovilización, se remitió a rehabilitación, la cual dio comienzo el 07/08, casi dos meses después de la primera consulta. De acuerdo que lo ideal es comenzar el tratamiento mucho antes, pero un retraso de dos meses no es transcendente, ya que, a la paciente, le había sido retirada la inmovilización y se le habían dado instrucciones en el sentido de comenzar a mover y utilizar la mano”*. Quizás sí sea transcendente dicho retraso, si nos atenemos a lo dicho poco antes, en el mismo informe, cuando después de afirmar que lo más probable es que el SDRC no tenga una sola causa, sino que sea el resultado de varias, añade que *“lo que sí está comprobado es su relación directa con las inmovilizaciones prolongadas de los miembros”*.

Si, a una inmovilización de cuatro semanas, añadimos un retraso de dos meses en iniciar la rehabilitación, cuando *“lo ideal –según expresión del propio perito- es comenzar el tratamiento mucho antes”*, es evidente que nos encontramos ante una mala praxis que permite imputar responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, aun en el supuesto de que pudiera darse un concurso de causas, contribuyendo también (al tratarse el SDRC de un trastorno de dolor crónico que es el resultado de una disfunción en el sistema nervioso central o periférico) la idiosincrasia de la paciente; en concreto, el *Trastorno ansioso-depresivo* que padecía.

Este Consejo entiende, insistimos, en que existe relación causal y concurre un criterio positivo de imputación de responsabilidad, por el daño producido, a la Administración sanitaria.

Cuarto

Valoración del daño

No compartimos, sin embargo, el criterio valorativo establecido en la pericia aportada por la reclamante, en la que se apoya para cuantificar su pretensión.

El criterio, que pretende aplicar analógicamente el baremo de la normativa de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, lo hace en forma parcial y tendenciosa.

Así, las limitaciones residuales en la mano derecha las equipara, por analogía, a la amputación de la mano a la altura del carpo o metacarpo, valorada en 35-40 puntos, cuando cualquier otra de las lesiones o limitaciones afectantes a las manos no excede de 20 puntos. Y lo mismo cabe afirmar del pretendido período de estabilización lesional, que fija en 420 días improductivos, de exceso sobre el periodo de estabilización normal de una fractura distal de radio de 120 días, no estando acreditada en absoluto que la situación de la reclamante, en la fase postoperatoria y durante el periodo de rehabilitación, fuera de incapacidad para sus actividades habituales.

Teniendo en cuenta que la aplicación de aquel baremo es meramente orientativa, así como las circunstancias concurrentes de la edad de 65 años de la reclamante al tiempo de sufrir la fractura distal del radio y el posible concurso de causas en la producción del resultado dañoso, consideramos que una prudente valoración global del daño indemnizable sería la de 30.000 euros.

CONCLUSIÓN

Única

Procede estimar parcialmente la reclamación planteada al concurrir infracción de la *lex artis ad hoc* y reconocer a la reclamante su derecho a ser indemnizada en la cantidad de 30.000 euros.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero