



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **40/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de febrero de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 21 de noviembre de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **323/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 15 de octubre de 2013 x presenta reclamación de indemnización por los daños sufridos como consecuencia de la deficiente asistencia que le fue dispensada en el Hospital Universitario "*Virgen de la Arrixaca*", de Murcia, fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de conformidad con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En dicho escrito, el reclamante expone que el día 27 de julio de 2012 sufrió un accidente de circulación, del que fue atendido en el Servicio de Urgencias del referido centro hospitalario. También señala que el día 1 de agosto siguiente fue intervenido quirúrgicamente por el Servicio de Traumatología de una fractura 1/3 mesio distal de tibia, fractura de 1/3 proximal de peroné. El interesado manifiesta que, como consecuencia de la intervención, le quedó el pie torcido, que sufrió limitaciones físicas y laborales y que padeció asimismo importantes dolores.

Más adelante, fue intervenido por segunda vez el día 16 de octubre de 2012 en el Hospital "*Mesa del Castillo*", de Murcia, por el mismo facultativo que le había intervenido en la primera ocasión, el Dr. x. En el informe de alta que se emitió el día siguiente se especifica que el motivo de ingreso se debió a una consolidación viciosa en rotación externa tras osteosíntesis de fractura diafisaria de tibia para osteotomía desrotadora de tibia. En el apartado del informe relativo al diagnóstico figura también "*Consolidación viciosa de fractura de tibia der (rotación externa)*".

De conformidad con lo que ha quedado expuesto, el reclamante considera que tuvo que someterse a una segunda intervención para corregir las deficiencias que se cometieron en la primera y que en esta nueva operación se le fracturó nuevamente la tibia y el peroné para extraerle un trozo, lo que evidencia -según su criterio- que el primer procedimiento le causó un daño totalmente ajeno al accidente que sufrió, y claramente provocado por el tratamiento quirúrgico que le fue dispensado en un primer momento. También alega que se le ha provocado un claro perjuicio estético consistente en la aparición de una nueva cicatriz en la cara externa de la pierna.

Por esa razón, formula una solicitud de indemnización por los siguientes conceptos: a) 180 días improductivos, que se corresponden con el tiempo que se ha alargado indebidamente su tratamiento; b) Una secuela calificable como perjuicio estético leve, valorada en 1 punto.

Junto con la reclamación, el interesado acompaña el informe de ingreso en el servicio de Urgencias del centro hospitalario señalado; el informe de alta del Servicio de Traumatología, y el informe emitido en el Hospital "Mesa del Castillo".

SEGUNDO.- Por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud se dicta Resolución de admisión a trámite de la reclamación patrimonial el día 4 de noviembre de 2013, que le fue notificada a la parte interesada el día 20 siguiente, junto con un escrito en el que se ofrece la información a la que se refiere el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

TERCERO.- Con fecha 12 de noviembre de 2013 el órgano instructor solicita al Gerente del Área de Salud I-Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", y la Dirección del Hospital "Mesa del Castillo", copia de las historias clínicas del reclamante que obren en dichos centros así como informes de los facultativos que le atendieron.

De igual modo, ese mismo día se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud para que lo comunicase a la compañía aseguradora y, el siguiente día 12 de noviembre, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

CUARTO.- El día 25 de noviembre de 2013 recibe el órgano instructor la comunicación de la Dirección Médica del Hospital "Mesa del Castillo", de 22 de noviembre, con la que acompaña copia escaneada de la historia clínica del reclamante. De igual modo, en ese escrito se informa de que el profesional que realizó la intervención pertenece al Hospital "Virgen de la Arrixaca".

QUINTO.- Con fecha 10 de enero de 2014 tiene entrada la comunicación de la Gerencia del Área I-Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", de 7 de enero, con la que se acompaña copia de la historia clínica del reclamante, un disco compacto (CD) que contiene las pruebas radiológicas que se le realizaron, y el informe clínico suscrito por el Dr. X el día 26 de diciembre de 2013, en el que se hace constar:

"Paciente atendido en este centro por fractura diafisaria de tibia y peroné derecha el 27 de julio de 2012, y al que se realizó tratamiento quirúrgico diferido el 1 de agosto de 2012 (clavo intramedular fresado y bloqueado, proximal y distalmente). Durante el proceso de seguimiento postoperatorio en las consultas externas se identificó tendencia a la rotación externa de aproximadamente 10-15º, y una vez realizada exploración física para descartar actitud antiálgica como origen de la rotación (en ningún caso por dolor, que era el habitual en el proceso postoperatorio de una fractura diafisaria de tibia, ni por limitación física y mucho menos laboral, ya que el paciente sólo había comenzado el apoyo parcial asistido con 2 muletas y en ningún caso se había reincorporado a su actividad laboral previa) se le ofreció la posibilidad de intento de corrección quirúrgica. Una vez explicadas las opciones de tratamiento se realizó la revisión en el Hospital Mesa el 17 de octubre de 2012, observando consolidación parcial

del foco de fractura tibial y casi completo de peroné, por lo que se procedió según técnica quirúrgica habitual a osteotomía de peroné y, a través del mismo abordaje, osteoclasis de foco de fractura de tibia (tras retirada parcial del clavo intramedular y reintroducción y bloqueo tras corrección de la rotación).

Posteriormente siguió proceso de rehabilitación, hasta el alta en consultas refiriendo en ese momento limitación a la flexión dorsal del tobillo (debido a osteofito anterior en pilón tibial, en posible relación a proceso degenerativo previo, y posiblemente acelerado por el traumatismo de alta energía causante de la fractura, y para el que se ofreció la posibilidad de una artroscopia de tobillo para osteoplastia de margen anterior de tibia distal y dorso de astrágalo, que el paciente rechazó en ese momento), alteración en el apoyo (se indica plantilla ortopédica), dolor en cara anterior de tibia distal (en posible relación con tornillo de bloqueo distal del clavo, por lo que se informa la posibilidad de retirada del mismo, que el paciente rechazó en ese momento) y limitación flexión de rodilla (progresión de incipiente Gonartrosis previa).

En cualquier caso, la cirugía de revisión se llevó a cabo a los 77 días de la cirugía inicial, no interfirió con el proceso de curación de la fractura (de hecho, el procedimiento de osteotomía de peroné con resección de 1 cm de diáfisis del mismo, y osteoclasis del foco de fractura de tibia es el procedimiento empleado para acelerar o potenciar el proceso de consolidación de una fractura que se encuentra en proceso de retardo de consolidación o en pseudoartrosis (falta de unión de la misma), que el procedimiento fue explicado en consultas externas por el Dr. x, especialista que le atendió y que detectó la actitud en rotación externa, firmando el consentimiento informado con fecha del 8 de octubre de 2012, momento en el que fue incluido en la Lista de Espera Quirúrgica (por lo que fue intervenido 9 días después de la citada inclusión). Además el plazo de recuperación de la fractura, incluido el período entre las dos cirugías, entra dentro de los límites normales de recuperación de este tipo de lesiones, que suele oscilar entre 6-9 meses.

Por otro lado, para la intervención quirúrgica inicial el paciente fue informado del procedimiento y firmó el Consentimiento Informado con fecha 1 de agosto, y que incluye en el apartado de Riesgos Típicos, en apartado L) acortamiento, alargamientos o defectos de rotación del miembro operado), siendo la consolidación viciosa en rotación, o rotational malunion (término en nómina inglesa) una consecuencia frecuente en el tratamiento quirúrgico de las fracturas de tibia con enclavado intramedular (hasta el 77% en algunas series, incluyendo los defectos rotacionales (definido así si es mayor de 10°) en varo/valgo (>5°) en estudios de detección con reconstrucciones 3D por TAC, señalándose la causa de la misma la dificultad técnica de controlar esos defectos sólo con la visualización por radioscopia y la exploración externa durante la cirugía), siendo la inmensa mayoría bien tolerados por el paciente ...".

SEXTO.- Con fecha 23 de enero de 2014 se solicita informe al Servicio de Inspección Médica sobre la reclamación objeto del presente procedimiento, sin que conste que se haya sido emitido hasta la fecha.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente administrativo un informe médico-pericial, de fecha 17 de marzo de 2014, suscrito por un facultativo especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, que fue remitido por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

En el apartado del informe referente al "*Tratamiento de las fracturas de tibia*" se explica que según sea el tipo de fractura y la edad del paciente se suele optar por un tratamiento conservador (inmovilización con escayola) o quirúrgico. Y se añade que "*Actualmente existe la tendencia a operar casi todas las fracturas de tibia, ya que la relación riesgo/beneficio es favorable, siendo la técnica más utilizada la colocación de un clavo endomedular (...) para las fracturas diafisarias*".

Más adelante, en el apartado del informe relativo al caso concreto examinado, se señala que *"Se trataba de un fractura grave de tibia y peroné, oblicua-espiroidea amplia, con trazos distales que llegaban a afectar la articulación tibioastragalina, es decir, conminuta, y que además presentaba desplazamiento de fragmentos y era muy inestable. Todas estas características hacían obligatorio el tratamiento quirúrgico de la lesión, siendo lo ideal la colocación de un clavo endomedular, como así se hizo.*

La introducción del clavo se realiza colocando al paciente en una mesa ortopédica, con tracción sobre el pie para poder alinear correctamente el hueso fracturado, y controlando el avance del mismo mediante radioscopia. El mismo clavo se encargará de ir alineando el hueso en los planos frontal y sagital, pero el plano horizontal, es decir, la rotación ha de ser controlado por el (los) cirujanos, ya que el clavo no es capaz de corregirlo, pues sería el eje de la rotación. Este control no es fácil de realizar, sobre todo en determinados tipos de fracturas, como la que presentaba el paciente, ya que la visión radiológica no es útil en este sentido, por lo que ha de realizarse visualmente, siendo frecuente que queden pequeñas desviaciones rotacionales, las cuales suelen ser bien toleradas. Se admiten como aceptables desviaciones de hasta 10º de rotación externa.

Es aconsejable que, si existen dudas respecto a haber restablecido la correcta rotación de la pierna, el cirujano la observe inmediatamente tras la intervención y, una vez descubierta de los paños quirúrgicos, comparándola con la contralateral con el objeto de que, si no está en buena posición, corregirla sobre la marcha, antes de salir del quirófano simplemente retirando los tornillos de bloqueo y volviéndolos a colocar una vez hecha la corrección. En ocasiones, si lo anterior no ha sido llevado a cabo, la detección de una excesiva rotación interna o externa se hará evidente en los días inmediatos. En este caso, tenemos dos situaciones posibles: si la rotación se considera aceptable, no hacer nada, pero informar al paciente de la situación: que el hueso consolidará en esa posición, si aquél no lo acepta, no queda más solución que volver a intervenir para recolocar los tornillos, lo cual, si se hace en los días inmediatos, no tiene mayor repercusión sobre la evolución del proceso, pero si se hace una vez que el hueso ha comenzado a consolidar entonces ya precisa una cirugía más agresiva puesto que hay que "refracturar" para poder corregir la posición. La segunda situación sería que se observara una rotación excesiva, la cual, con toda seguridad le va a ocasionar una alteración de la marcha, además del trastorno estético, lo que obligaría a la reintervención inmediata.

En este caso, y una vez estudiadas las radiografías aportadas, he de manifestar que la intervención está perfectamente realizada en cuanto a la indicación de la técnica y colocación del material de osteosíntesis. En dichas radiografías no es posible apreciar la desviación rotacional ni la intensidad de la misma, pero sí es cierto que el tipo de fractura hace muy complicado el control de las rotaciones.

Según la información de la historia clínica, la desviación estaba entre los 10º-15º de rotación externa, es decir, en el límite de lo tolerable, aunque no figura con precisión el momento de la detección de tal situación..."

Por último, en el informe se recogen las siguientes

"CONCLUSIONES MEDICO-PERICIALES

1.- x, de 57 años, sufrió una fractura grave de tibia y peroné derechos, tras accidente de motocicleta el día

27/07/2012, de la que fue intervenida cinco días después en el H.V. de la Arrixaca mediante clavo endomedular encerrojado.

2.- Durante el postoperatorio se apreció la existencia de un exceso de rotación externa de la pierna, entre 10º-15º, es decir, puede que por encima de límite que se admite como tolerable, siendo la evolución, por lo demás, favorable.

3.- Dos meses y medio más tarde, el 15/10/2012, se le realizó una reintervención con objeto de corregir la rotación, siendo preciso refracturar tibia y peroné, ya que presentaban consolidación parcial. La evolución posterior fue favorable, hasta el alta.

4.- No existen datos que permitan afirmar la existencia de una actuación médica incorrecta o contraria a la Lex Artis. La aparición de una desviación rotacional es una complicación propia de la cirugía de fracturas como la presente en este caso y como tal figura en el correspondiente documento de consentimiento informado firmado por el paciente".

OCTAVO.- Con fecha 20 de junio de 2014 se confiere a la parte reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que pudiesen formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tuviesen por convenientes, sin que conste que hiciesen uso de ese derecho.

NOVENO.- El día 10 de noviembre de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por entender que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Concluida la tramitación del procedimiento e incorporados los preceptivos índice de documentos y extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 21 de noviembre de 2014.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 142.3 LPAC y el 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La legitimación activa corresponde al interesado, que alega haber sufrido los daños por los que reclama la correspondiente indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados deduzcan su pretensión ante la Administración (artículo 142.5 LPAC). Así, consta acreditado que el interesado recibió el alta médica del Servicio de Traumatología del Hospital "Mesa del Castillo" el día 17 de octubre de 2012 y que la reclamación de responsabilidad patrimonial se presentó el 15 de octubre de 2013, dentro por tanto del plazo de prescripción al que se ha hecho referencia.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de seis meses que para la tramitación del procedimiento establece el artículo 13.3 RRP.

De manera particular, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012.

Por esa razón, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen tanto en el informe que emitió el facultativo que intervino quirúrgicamente al reclamante como en el informe médico pericial que remitió la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la parte reclamante, a pesar de lo que alega, no ha presentado prueba pericial alguna en la que sostenga sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos"*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos

no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha puesto de manifiesto a lo largo de este Dictamen, el reclamante ingresó el día 27 de julio de 2012 en el Hospital Universitario "*Virgen de la Arrixaca*" debido a la caída que sufrió como consecuencia de un accidente de motocicleta.

Después de que se le realizaran las pruebas diagnósticas oportunas, que incluyeron un estudio radiológico, se diagnosticó una fractura grave de tercio medio-distal de tibia y otra de tercio proximal de peroné en la pierna derecha.

El día 1 de agosto de 2012 se le realizó una intervención quirúrgica en la que se le implantó un clavo endomedular. De acuerdo con lo que manifiesta el perito que ha emitido su informe a instancias de la compañía aseguradora del Servicio consultante, se trataba de una fractura grave de tibia y peroné, muy inestable, que presentaba trazos distales que llegaban a afectar la articulación tibioastragalina, así como un desplazamiento de

fragmentos. Esas razones hacían obligatorio el tratamiento quirúrgico de la lesión y, en consecuencia, la aplicación de la técnica más utilizada en esos casos, que consiste en la colocación de un clavo endomedular.

Como se ha acreditado, la cirugía cursó sin incidencias y el postoperatorio discurrió también de modo favorable. De hecho, consta acreditado que en la revisión que se realizó el día 19 de septiembre el paciente había iniciado apoyo.

No obstante, en revisiones posteriores se apreció tendencia a rotación externa de la pierna, de unos 10º-15º, lo que la situaba por encima del límite de 10º que se suele admitir como desviación aceptable.

Debido a esa razón, el día 15 de octubre de 2012, es decir, dos meses y medio después de la fecha del primer procedimiento, el mismo facultativo que había intervenido en aquella ocasión al reclamante lo operó de nuevo con el fin de corregir la rotación, esta vez en el Hospital "*Mesa del Castillo*". La evolución posterior fue favorable, hasta el alta.

El interesado, sin embargo, considera que en la primera intervención que se le realizó se incurrió en mala praxis médica, lo que motivó la necesidad de que se le practicase una segunda operación para corregir el exceso de rotación externa de la pierna derecha que padecía. La imputación del reclamante de que en dicho procedimiento se actuó con sujeción a una práctica médica defectuosa se justifica, tan sólo, en el hecho de que se le tuviese que practicar una segunda operación y que en ella se le tuviesen que fracturar de nuevo la tibia y el peroné, ya que el hueso había comenzado a consolidar.

Una vez que ello ha quedado expuesto, conviene destacar el hecho de que las imputaciones de mala práctica médica realizadas por el reclamante no se fundamentan en dictámenes médico-periciales de ninguna clase, a pesar de que le corresponde la carga de la prueba de acuerdo con lo que se establece en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Por esa razón, y de manera contraria a lo pretendido por el interesado, en el presente supuesto se deben tomar en consideración las apreciaciones que se contienen en el informe del facultativo que realizó las intervenciones del reclamante y, de modo particular, en el del perito médico que intervino a instancias de la compañía aseguradora.

En este último dictamen médico-pericial se explica convenientemente que la introducción del clavo endomedular permite alinear el hueso en los planos frontal y sagital pero que, sin embargo, son los propios cirujanos los que deben ir controlando su incidencia en el plano horizontal. Así, pues, son ellos los encargados de controlar la rotación ya que el clavo, por sí mismo, no es capaz de facilitar esa corrección. También se señala en el dictamen que ese control no resulta fácil de realizar, sobre todo cuando se intervienen fracturas como la que presentaba el reclamante, porque no se pueden servir en esos casos de la oportuna visión radiológica. En esos supuestos, es el propio médico el que debe efectuar el control de manera visual, por lo que es relativamente frecuente que queden pequeñas desviaciones rotacionales, que normalmente suelen ser bien toleradas.

Asimismo, el perito médico destaca, una vez estudiadas las radiografías aportadas, que la intervención fue perfectamente realizada en lo que guarda relación con la técnica y la colocación del material de osteosíntesis e

insiste en la circunstancia de que el tipo de fractura que había sufrido el reclamante hace muy complicado el control de las rotaciones.

En el presente caso, la desviación rotacional no fue apreciada de manera inmediata tras la intervención, lo que hubiera facilitado su corrección, sino que se hizo evidente transcurrido un cierto período de tiempo. Quizá, porque la desviación sobrepasaba ligeramente los 10º que se suele considerar como límite aceptable. Debe recordarse, lo que resulta muy significativo, que en la revisión que se le realizó al paciente el día 19 de septiembre de 2012 no se deja constancia alguna de que se advirtiese dicha desviación, sino tan sólo del hecho de que el reclamante comenzaba a apoyar la pierna en el suelo.

Sin embargo, una vez que se advirtió dicho defecto de rotación, y debido a que el tiempo transcurrido desde la primera intervención había permitido que el hueso comenzase a consolidar, tan sólo resultaba posible efectuar una reintervención que exigió volver a fracturar la tibia y el peroné para corregir la posición. Sin embargo, ello no determina por sí mismo que se dispensara al reclamante una asistencia sanitaria incorrecta, indebida o que se realizara de manera inadecuada o incluso contraria a la "*lex artis ad hoc*".

Lejos de ello, en el dictamen pericial se reitera en varias ocasiones, y se concluye también, que no existen datos que permitan afirmar la existencia de una actuación médica incorrecta o inadecuada (Conclusión 4ª). En este sentido, y de acuerdo con la explicación que se ha ofrecido más arriba, la aparición de una desviación rotacional constituye una complicación propia e inherente a la cirugía del tipo de fractura que presentaba el reclamante, por lo que no puede considerarse que se haya producido ningún daño que determine la existencia de responsabilidad de la Administración sanitaria. En el informe del Dr. x (Antecedente Quinto) se recuerda que la consolidación viciosa en rotación es una consecuencia frecuente del tratamiento quirúrgico de las fracturas de tibia con enclavado intramedular hasta en el 77 por 100 de algunas series.

Por esa razón, tampoco se puede sostener que ese supuesto daño alegado constituya un resultado antijurídico y que, por tanto, no deba ser soportado por el reclamante. Antes al contrario, se pone de manifiesto en el informe del facultativo antes citado que el paciente fue informado del procedimiento que se iba a seguir el día de la primera intervención. Y conviene reseñar, de igual forma, que aparece reflejado en la historia clínica que el reclamante firmó el documento de consentimiento informado para tratamiento quirúrgico de fracturas articulares (Folios 35 y 36 del expediente administrativo), entre cuyos riesgos típicos se relaciona, en su apartado I), el de "*Acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro operado*".

Como conclusión, a la vista de las circunstancias que concurren en el presente caso, se debe señalar que no se aprecia la existencia de una lesión o de un resultado dañoso en la salud o en la integridad física del interesado, ya que se entiende que ha evolucionado favorablemente después de la segunda intervención y que no se han derivado secuelas de este proceso.

De igual manera, se debe entender que se informó al paciente de forma adecuada y que se le proporcionó toda la información requerida para la intervención, de modo que cuando firmó el oportuno consentimiento informado que acredita esa circunstancia asumió los riesgos típicos que se derivan de la intervención médica practicada -inherentes a la propia técnica empleada-, que se desarrolló, según se ha acreditado, de manera correcta y perfectamente acomodada a los criterios de la "*lex artis*". Por esa razón, no se pueden imputar causalmente a la Administración sanitaria los daños alegados por el interesado.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada ya que no ha resultado acreditada la concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de manera particular la relación de causalidad que debe existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama ni el carácter antijurídico de éstos últimos.

No obstante, V.E. resolverá.

