

Expediente Núm. 141/2018
Dictamen Núm. 176/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 26 de julio de 2018, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 17 de mayo de 2018 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a la asistencia recibida en una dolencia en la mano.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 10 de agosto de 2017, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria recibida.

Tras exponer que su profesión habitual (peón de almacén) exigía la realización de las funciones que enumera, indica que padecía diversas dolencias, “entre las que se destacaba un nódulo en cara anterior de la palma de la mano, así como tenosinovitis tensores en 2.º y 3.º dedo de mano derecha”, por lo que fue “intervenida en abril de 2016 por dedos en gatillo de mano derecha por Cirugía Plástica con la finalidad de recuperar la funcionalidad y movilidad”, pero “la realidad es que no se ha conseguido recuperación alguna (...); al contrario, el resultado es de un miembro irrecuperable y carente de funcionalidad”, precisando que “los especialistas (...) han informado de la imposibilidad de reoperar y (...) han reconocido que no procede reoperar la fibrosis secuelar”.

Manifiesta que “como consecuencia de la intervención se padecen dolores en los miembros inferiores con componente neuropático en el izquierdo, con necesidad de control médico en la Unidad del Dolor”, añadiendo que mediante Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 7 de junio de 2017 se le reconoció “la situación de incapacidad permanente total derivada de enfermedad común”.

Señala que tras la operación “se realizaron los trabajos de recuperación y rehabilitación siguiendo las indicaciones de los (...) especialistas durante los meses de junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 2016 sin resultado satisfactorio (...), y no se ha conseguido recuperación alguna; los controles y el seguimiento de la intervención posteriores han permitido (...) comprobar la inviabilidad de una reoperación y el resultado catastrófico padecido”. Reseña que “padece en la actualidad intensos dolores en las zonas operadas, y sobremanera en el (miembro superior derecho), estando sometida a tratamiento médico en la Unidad del Dolor (con la ingesta de tratamiento farmacológico y seguimiento permanente)”.

Afirma que como resultado de esta situación presenta una seria incapacidad para las actividades de la vida cotidiana, así como secuelas psicológicas, y que ello constituye una situación “inimaginable” y sobrevenida “a la que era totalmente ajena cuando aceptó someterse a una intervención

presentada como sencilla, fácil, habitual y con un resultado sumamente beneficioso". Considera que la inadecuación de la asistencia "queda patente en el resultado producido", y que "parece que la ausencia de mejoría y lesiones posteriores de todo tipo responde a un defecto en la intervención, a un defecto de técnica, de cuidados o atención en la intervención, o en el seguimiento de la misma, estableciendo una relación entre los actos quirúrgicos, su nefasta evolución y la alteración física posterior con las repercusiones que padece, con graves padecimientos de índole psíquica".

Cuantifica la indemnización en doscientos veinte mil euros (220.000 €) por una diversidad de conceptos que enuncia de forma genérica "(incapacidad para las actividades de la vida diaria y lesiones permanentes, perjuicios económicos, etc.), abarcando el daño moral".

Adjunta Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 7 de junio de 2017, en la que se estima la pretensión de la interesada relativa al reconocimiento de la situación de incapacidad permanente, y el informe suscrito por un facultativo del Hospital, con fecha 1 de abril de 2016, en el que se indica que ha "revisado su historial médico-quirúrgico" y está "completamente de acuerdo con los informes ya remitidos" por otro médico, "en los cuales se hace constar su incapacidad funcional y laboral". Añade que "en las revisiones posteriores por mí realizadas" ha "insistido en este punto, puesto que desde el punto de vista médico presenta una fibrosis secuelar que no procede reoperar./ Al margen, el dolor en miembros inferiores, particularmente el izdo., tiene un franco componente neuropático", e indica que debe "ser controlada médicamente en Unidad del Dolor".

2. Mediante oficio de 7 de septiembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 26 de septiembre de 2017, la Gerente de la Fundación Hospital remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una certificación de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como la historia clínica de la paciente y el informe emitido por el Servicio de Cirugía Plástica del centro en el que fue intervenida en soporte digital.

En este último, suscrito el 21 de septiembre de 2017, se describe la evolución de la paciente y la asistencia recibida. Se reseña que la indicación del tratamiento quirúrgico tuvo lugar tras no alcanzar mejoría con el tratamiento "conservador" prescrito por el Servicio de Rehabilitación, siendo intervenida el día 12 de agosto de 2015. Señala que "en el posoperatorio se produce una sobreinfección de la herida quirúrgica tratada con curas locales y antibioterapia, con buena evolución de la herida pero persistiendo tumefacción en dedos, por lo que se solicita estudio analítico (...) y ecográfico", continuando con "un importante dolor residual y limitación para la flexo-extensión, por lo que se remite para tratamiento rehabilitador./ Con el (tratamiento) fisioterápico mejora la movilidad tanto activa como pasiva pero persiste dolor en la cicatriz (con hiperalgesia en palma) y déficit de fuerza, además de episodios de tumefacción y dolor en recorrido de tendones flexores, por lo que se decide nueva intervención para extirpación de la cicatriz y revisión quirúrgica de los flexores./ El día 12-04-16 es intervenida de nuevo realizando extirpación de cicatriz palmar y se halla importante fibrosis en el lecho quirúrgico que se extirpa. Se realiza neurectomía de nervios comisurales y tenolisis de flexores de 2.º y 3.º dedos./ La evolución posoperatoria es desfavorable con nueva sobreinfección de la herida quirúrgica que se trata con antibiótico sistémico y tópico con resolución del cuadro, quedando una importante tumefacción en la mano con dolor y limitación funcional. Se remite de nuevo a Rehabilitación y se inicia tratamiento médico con apósitos de Lidocaína que la paciente no tolera./ Dada la evolución, con desarrollo de un incipiente (síndrome) de dolor regional complejo y la imposibilidad de tratamiento con Pregabalina, Lidocaína tópica,

etc. y la escasa respuesta al tratamiento fisioterápico se remite para valoración en Unidad del Dolor./ Valorada por última vez en nuestra consulta en enero de 2017, persistía edema generalizado en mano y limitación funcional, recomendándose nueva valoración tras tratamiento por la Unidad del Dolor (donde según informes de Hosp. se confirma el diagnóstico de (síndrome de dolor regional complejo) y se instaura tratamiento, estando en la actualidad pendiente de infiltración de ganglio estrellado)".

4. El día 15 de enero de 2018, y a instancia de la entidad aseguradora, una asesora médica de la división sanitaria de la correduría de seguros emite un informe en el que, tras describir los hechos, explica que "el (síndrome) dolor regional complejo es un proceso de origen no aclarado cuyo inicio puede precipitarse por un traumatismo o cirugía, pero que no tiene relación con una mala técnica quirúrgica o mala actuación médica. Su diagnóstico es de exclusión, por lo que hay que descartar otras causas de dolor y tumefacción. Su tratamiento es rehabilitador, que ya estaba haciendo el paciente, y control del dolor en unidades especiales, por lo que se remitió a la paciente a la U. de Dolor. Por lo tanto, la actuación médica fue correcta./ Las complicaciones que presentó la paciente fueron la infección tardía de la herida quirúrgica, complicación frecuente y recogida en el consentimiento informado que (...) firmó. Su diagnóstico y tratamiento fue correcto".

Concluye que "la indicación de la cirugía de 2.º y 3.º dedo derechos en resorte fue correcta. Durante el posoperatorio presentó una infección de la herida quirúrgica que se trató de forma correcta (...). Tras la cirugía la paciente presenta dolor y tumefacción persistentes que no se resuelven con tratamiento rehabilitador, por lo que se decide reintervenir, decisión correcta. Tras la cirugía presenta nuevo episodio de infección de herida que se trata de nuevo de forma adecuada (...). Tras la reintervención de nuevo persiste dolor y tumefacción, por lo que es diagnosticada de (síndrome) de dolor regional complejo; diagnóstico de exclusión que se trata de forma correcta con rehabilitación y control del dolor, por lo que se remite a la (Unidad) del Dolor./ En

consecuencia, la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis* y, por lo tanto y a nuestro parecer, correspondería desestimar la reclamación”.

5. Mediante escrito notificado a la reclamante el 28 de marzo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 20 de abril de 2018, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que, tras reiterar diversos aspectos ya expuestos en su reclamación, se refiere al “tratamiento anterior a la operación”, respecto del cual reseña que “para hacer un diagnóstico diferencial es útil realizar una infiltración local con Lidocaína que producirá una desaparición transitoria del engatillamiento en los casos primarios pero no en los secundarios”. Pone de manifiesto que a la paciente “no le hicieron tales pruebas para ese primer diagnóstico”, pues, según se refleja en los informes médicos, el tratamiento prescrito fue el de “reposo relativo, no coger peso./ Asimismo en fases iniciales es recomendable un tratamiento mediante inmovilización con férula que resulta ser beneficioso en alto número de casos, junto con la ingesta de antiinflamatorios orales”, que no le fue propuesto.

Analiza los informes médicos obrantes en la historia clínica cuyo contenido transcribe parcialmente. Tras citar el último de ellos, de fecha 27 de enero de 2017, señala que “ante la nula solución que los servicios públicos le plantean (...) se somete a una resonancia magnética de muñeca-mano derecha ante la persistencia del dolor”; prueba a la que corresponde “un informe realizado” en un centro de resonancia privado.

Afirma que se ha producido una negligencia médica, así como “la ausencia de alternativa inicial (cuando era posible)” y “la pérdida de la oportunidad, junto con la ausencia de un consentimiento pleno y eficaz:/ Por someterla a una intervención quirúrgica de cirugía plástica en el año 2016 por dedos en gatillo de mano derecha sin advertirle del riesgo de una posible eventración y las consecuencias./ Previamente no se realiza a la paciente un

diagnóstico diferencial ni tratamiento previo a la operación quirúrgica. Tratamiento previo consistente en infiltraciones locales con Lidocaína, inyecciones de corticoides y posterior inmovilización con férula, junto con la ingesta de antiinflamatorios”.

Considera que “la ausencia de mejoría y lesiones posteriores de todo tipo responde a un defecto en la intervención, a un defecto de técnica, de cuidados o de atención en la intervención o en el seguimiento de la misma, estableciendo una relación entre los actos quirúrgicos, su nefasta evolución y la alteración física posterior con las repercusiones que padece, con graves padecimientos de índole psíquica que quedan reflejados en los informes médicos obrantes en el expediente, y con un daño físico desproporcionado”. Añade que “previamente no se le realiza a la paciente un diagnóstico diferencial ni tratamiento previo a la operación quirúrgica. Tratamiento previo consistente en infiltraciones locales con Lidocaína, inyecciones de corticoides y posterior inmovilización con férula, junto con la ingesta de antiinflamatorios”. Al respecto, razona que “históricamente el tratamiento conservador incluye la inyección de corticoides de acción prolongada con analgésico local en la vaina del flexor (0,5 ml de Lidocaína, 0,5 ml de Bupivacaína y 0,5 ml de acetato de metilprednisolona o Triamcinolona 20 mg con 1 ml de Lidocaína al 1 %). Suele bastar con una inyección, pero los síntomas persisten, siendo aconsejada una segunda dosis. Dichas inyecciones múltiples pueden aliviar el fenómeno en alrededor de un 75 % a 85 % de pacientes./ Para que dicho tratamiento previo pueda dar un resultado óptimo en la paciente es necesario que deban cumplirse las (...) circunstancias” que reseña (referidas al “tiempo de evolución”, “tipo de dedo en resorte”, “sexo” y “técnica”), e indica que “podría haber sido una solución” para la afectada, “pero no se hizo ningún estudio previo”.

Detalla a continuación las omisiones que advierte en el “protocolo de actuación” posterior a “la cirugía para la liberación del gatillo”: entre los “0-4 días: movilizaciones activas para las articulaciones metacarpofalángica, interfalángica proximal e interfalángica distal”, precisando que a la reclamante “no le realizan ningún control sobre la movilidad de las articulaciones”; a los “4

días: retirada de vendaje voluminoso y cubrir la herida con una tirita”, y reseña que “tardaron 9 días en la primera cura”.; entre los “4-8 días: continuar los ejercicios de movilidad. Retirar las suturas a los 7-9 días”, indicando que “no se le realizan ejercicios de movilidad, por lo que se le infecta la herida quirúrgica”; entre los “8 días-3 semanas: movilizaciones activas/pasivas con ayuda para la movilidad de las articulaciones metacarpofalángica, interfalángica proximal (e) interfalángica distal”, y pone de manifiesto que “tardan 12 días en empezar a quitar parte de los puntos, algunos (...) los tiene infectados, optan por abrírselos y que vaya drenando la herida, los puntos restantes se los quitan a la semana”.; después “de tres semanas: movilizaciones resistidas para el fortalecimiento. Vuelta a las actividades no restringidas”, y afirma que “la remiten a Rehabilitación tardando 3 meses desde la operación en llamarla. Durante un mes recibe tratamiento rehabilitador y la trasladan a Cirugía Plástica, incluyéndola en lista de espera para revisión quirúrgica (resección de cicatriz más revisión vaina sinovial)”. Manifiesta que “es intervenida quirúrgicamente en una segunda ocasión pasando por el mismo proceso que la primera intervención. Por parte de los facultativos se tarda en cambiar el vendaje, por lo que nuevamente se le infecta la herida quirúrgica, no se aplica un control de limpieza sobre la misma, a los 17 días de la intervención se le retiran los puntos. Tampoco se produce un control de movilidad de las articulaciones y otros tres meses esperando para comenzar con rehabilitación. Una vez iniciado el proceso rehabilitador” en la Fundación Hospital, “aproximadamente al mes de comenzarle le informan que no pueden hacerle más por la mano, trasladándola de nuevo a Cirugía Plástica, y de ahí la remiten a la Unidad del Dolor colocándole un parche de Qutenza, acudiendo a Urgencias por inmensos dolores que le produce el uso de tal parche”.

Concluye reiterando su petición indemnizatoria y aporta diversa documentación médica relativa al proceso asistencial seguido.

6. Con fecha 2 de mayo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución

en sentido desestimatorio basándose en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento. En ella se refleja que “la asistencia prestada a la paciente fue acorde a la *lex artis*. Las infecciones y la fibrosis constituyen la materialización de riesgos típicos descritos en el documento de consentimiento informado que la paciente conocía y asumió al suscribir el citado documento. El síndrome de dolor regional complejo no guarda relación con la actuación médica, siendo su etiología multifactorial. Se pusieron a disposición de la paciente todos los medios para solucionar las complicaciones que se presentaron”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de mayo de 2018, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, este Consejo viene reiterando (entre otros, Dictámenes Núm. 142/2013 y 94/2014) que el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, que en el presente caso ha sido prestado por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud; siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda. En este supuesto, de la documentación obrante en el expediente se desprende que la atención prestada a la perjudicada en el centro hospitalario privado lo ha sido en tanto que beneficiaria del sistema sanitario público, y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 10 de agosto de 2017, y, de acuerdo con la documentación obrante en la historia clínica incorporada al expediente, en el mes de octubre de 2016 se constata que la paciente muestra un “cuadro clínico compatible con (síndrome) de dolor regional complejo. Terminado tratamiento rehabilitador con mejoría parcial (aún con mucha limitación) está pendiente de valoración por Unidad del

Dolor". Considerando dicha fecha, dado que en ella se establece el diagnóstico, como *dies a quo*, es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, la interesada solicita el resarcimiento de los padecimientos que imputa a una deficiente asistencia recibida para el tratamiento de la dolencia que padecía, una tenosinovitis de flexores de 2.º y 3.º dedos de la mano derecha, y formula diferentes reproches. En primer lugar, afirma en su reclamación, de forma un tanto genérica, que "parece que la ausencia de mejoría y lesiones posteriores de todo tipo responde a un defecto en la intervención, a un defecto de técnica, de cuidados o atención en la intervención, o en el seguimiento de la misma". A ello añade, durante el trámite de audiencia, otras tres imputaciones: la falta de propuesta de un tratamiento en una fase inicial, antes de la opción quirúrgica, consistente en la realización de una infiltración local y en inmovilización; "la ausencia de un consentimiento pleno y eficaz" por no haberle advertido "del riesgo de una posible eventración y las consecuencias" y, por último, diversas omisiones en el protocolo de actuación posterior a la cirugía para liberación del gatillo, que detalla.

En cuanto a la imputación relativa a la falta de realización de un tratamiento previo a la intervención, la perjudicada reprocha que no se haya llevada a cabo un "tratamiento previo a la operación quirúrgica (...) consistente en infiltraciones locales con Lidocaína, inyecciones de corticoides y posterior inmovilización con férula, junto con la ingesta de antiinflamatorios". Al respecto,

se observa que la Administración sanitaria no aborda esta cuestión en ninguno de los informes incorporados al procedimiento, ni tampoco en la propuesta de resolución.

Por otra parte, se advierte que en el documento de consentimiento informado suscrito antes de la primera intervención figura una referencia a “tratamientos alternativos” en la que se consigna que “inicialmente el proceso se puede tratar con reposo, antiinflamatorios o con infiltraciones. Cuando estas terapéuticas fracasan debemos recurrir al tratamiento quirúrgico para intentar aliviar la sintomatología”. De esta mención cabe deducir que las medidas que señala la reclamante constituyen una opción terapéutica posible, y, si bien su indicación no se contempla con carácter absoluto, lo cierto es que en la historia clínica no consta tampoco ninguna referencia a su exclusión con arreglo a criterios médicos; únicamente se alude en el informe emitido por el Servicio responsable con ocasión del procedimiento de responsabilidad patrimonial al fracaso del “tratamiento conservador” inicialmente prescrito.

Tal y como hemos señalado en anteriores dictámenes, la finalidad de la instrucción del procedimiento no es otra que la de proporcionar al órgano competente para resolver los elementos de juicio imprescindibles para dictar una resolución acertada. Por ello, al término de la instrucción deberán estar claros los hechos y las circunstancias en las que se produjo el daño que da lugar a la reclamación, con arreglo a los cuales habrá de pronunciarse la resolución.

Igualmente, debemos recordar que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 88.1 de la LPAC, “La resolución que ponga fin al procedimiento decidirá todas las cuestiones planteadas por los interesados y aquellas otras derivadas del mismo”, encontrándose entre las primeras, obviamente, las suscitadas durante el trámite de audiencia.

En consecuencia procede que, tras los actos de instrucción que se consideren necesarios, se analice y resuelva la cuestión indicada, relativa a la falta de adopción de las alternativas terapéuticas descritas antes de la primera operación. Una vez otorgada nueva audiencia a la interesada con la

documentación que se incorpore al expediente, y formulada otra propuesta de resolución, deberá recabarse de este Consejo el preceptivo dictamen.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no cabe en el estado actual de tramitación un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de practicar cuanto queda expuesto en el cuerpo del presente dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.