

Expediente Núm. 2/2019  
Dictamen Núm. 68/2019

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Menéndez Sebastián, Eva María*  
*García García, Dorinda*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de marzo de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de diciembre de 2018 -registrada de entrada el día 2 del mes siguiente-, 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 sanitaria recibida con ocasión de una dolencia en la mano que requirió dos intervenciones quirúrgicas.

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 en la Fundación Hospital “X”.

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 (...) 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 reconocido que no procede reoperar la fibrosis secuelar”.

Manifiesta que “como consecuencia de la intervención se padecen dolores en los miembros inferiores (*sic*) con componente neuropático en el izquierdo, con necesidad de control médico en la Unidad del Dolor”, y añade que por 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 debido a 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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 7 de junio de 2017, por 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 “Y”, con fecha 1 de abril de 2016 (*sic*), 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”, y pone de manifiesto que debe “ser controlada médicamente en (la) 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 “X” 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 enferma y la asistencia recibida. Se reseña que la indicación de la intervención quirúrgica tuvo lugar tras no alcanzar mejoría con el tratamiento "conservador" prescrito por el Servicio de Rehabilitación, siendo operada el 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 (...) 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 (Hospital) `Y´ 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 correduría de seguros emite informe en el que, tras describir los hechos y valorar el proceso asistencial que requirió la paciente, concluye que “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, presenta esta un escrito de alegaciones en el que alude al “tratamiento anterior a la operación” -en referencia a la llevada a cabo en el año 2016-, 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 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 el “informe realizado” en un centro 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 existe una “relación”, que no concreta, “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 (...) 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”, lo que -según declara- se repitió tras la segunda intervención, originándose en ambos casos sobreinfección de la herida quirúrgica.

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.** Mediante escrito de 17 de mayo de 2018, esa Presidencia solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de responsabilidad patrimonial seguido.

**8.** El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el 26 de julio de 2018, dictamina que no es posible un pronunciamiento debidamente motivado sobre el fondo de la cuestión planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de incorporar un informe del Servicio de Cirugía Plástica en el que se analice la “falta de adopción de las alternativas terapéuticas” a las que se refiere la reclamante al

reprochar “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´”. Se observaba al respecto que dicha cuestión no se abordaba en ninguno de los informes incorporados al procedimiento, y se advertía “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´”; referencia de la que se deducía “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”, pues “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”.

**9.** Con fecha 25 de septiembre de 2018, un facultativo del Servicio de Cirugía Plástica de la Fundación Hospital “X” emite informe “para aclaración (...) en cuanto al `fracaso del tratamiento conservador inicialmente prescrito´ a la paciente”. En él se expone que “inicialmente se optó por un tratamiento conservador de su patología, por lo que se pautó un tratamiento médico con antiinflamatorios no esteroideos y se remitió al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de referencia para valoración de tratamiento por su parte./ Valorada de nuevo en mayo de ese mismo año, dada la progresión del cuadro (presentaba clínica de resorte en el 2.º y 3.º dedos cuando (en) la visita anterior solo lo presentaba en el 2.º, siendo el cuadro algo más leve en el 3.º) a pesar del tratamiento previo, se indicó el tratamiento quirúrgico (terapia de elección en casos de tenosinovitis crónica con clínica de resorte establecida)”.

**10.** Mediante oficio de 28 de septiembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la reclamante la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días.

No consta que se hayan presentado alegaciones.

**11.** Con fecha 23 de noviembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora una nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio en la que reproduce lo ya expuesto en la de 2 de mayo de 2018.

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de diciembre 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 (la) Unidad

del Dolor". Considerando dicha fecha -dado que en ella se establece el diagnóstico- como *dies a quo*, es claro que ha sido 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.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que "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".

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que "Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser

efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SIXTA.-** La reclamante solicita una indemnización por los daños derivados de la asistencia prestada con ocasión de una dolencia padecida en su mano derecha que requirió dos intervenciones quirúrgicas.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditado que, tras una primera cirugía llevada a cabo en el mes de agosto de 2015, la paciente se sometió a una reintervención en el mes de abril de 2016, siendo diagnosticada posteriormente de “(síndrome) de dolor regional

complejo” en la extremidad operada. Por tanto, debemos considerar acreditado un daño cuya concreción efectuaremos en el caso de ser estimatorio el sentido de nuestro dictamen.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de abril de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:2360- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª, con cita de otras), declara que “`a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente’, o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso”. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar si el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que

ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También es criterio firme de este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

La perjudicada formula diversos reproches en relación con la asistencia sanitaria recibida para el tratamiento de la patología que sufría -tenosinovitis en tendones en dos dedos de su mano derecha-. Inicialmente centra su imputación en la intervención llevada a cabo en el mes de abril de 2016, cuyo objeto -según consta en el primer informe emitido por el Servicio de Cirugía Plástica con ocasión del procedimiento de responsabilidad patrimonial instruido- fue la "extirpación de la cicatriz y revisión quirúrgica de los flexores" tras una primera intervención practicada en el mes de agosto de 2015. En las alegaciones formuladas con ocasión del primer trámite de audiencia añade la omisión de un "diagnóstico diferencial" mediante infiltración local con Lidocaína, que habría originado una "desaparición transitoria del engatillamiento en los casos primarios pero no en los secundarios", y que no se probó en la fase inicial de la dolencia la también "recomendable (...) inmovilización con férula" y prescripción de antiinflamatorios. Aduce también la "ausencia de un consentimiento pleno y eficaz", así como diversas omisiones en el protocolo posquirúrgico de la operación llevada a cabo en el mes de agosto de 2015.

Sin embargo, no aporta ningún informe técnico o pericial que avale sus argumentos, y tampoco especifica a qué protocolo de actuación posquirúrgico se refiere en las alegaciones efectuadas con ocasión del trámite de audiencia. Al margen de las consecuencias que ello implique a efectos probatorios, debemos lamentar esa ausencia de prueba en cuanto supone hurtar tanto a la Administración reclamada como a este Consejo el necesario análisis de las

cuestiones suscitadas y determina, en fin, que debamos atender a los informes emitidos a instancia de la Administración; únicos que figuran incorporados al expediente.

Siguiendo el orden expositivo proporcionado por la propia interesada, debemos referirnos, en primer lugar, a la cirugía llevada a cabo en el mes de abril de 2016. Al respecto, señala 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 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”.

La vaguedad de esta imputación, carente de prueba, contrasta con la claridad del informe suscrito por una facultativa a instancia de la compañía aseguradora, en el que 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 (...), y control del dolor en unidades especiales, por lo que se remitió a la paciente a la (Unidad) de Dolor. Por lo tanto, la actuación médica fue correcta./ Las complicaciones que presentó (...) 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”, como también lo fue la decisión de reintervenir. En relación con esta segunda operación, indica que “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 segundo lugar, y en cuanto a la “ausencia de un consentimiento pleno y eficaz”, constan en la historia clínica -tal y como reseña el informe de la

asesoría médica- los documentos de consentimiento informado relativos a ambas operaciones. En el primero, suscrito con fecha 18 de mayo de 2015, se contemplan como “riesgos y complicaciones” de la cirugía la “infección de la herida” y “cicatriz de la herida dolorosa”, precisándose que si bien dichas “complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (...) pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia”. A su vez, en el de 18 de diciembre de 2015, se consignan como tales la “infección, mal cicatrización”, con advertencia de “que en algunas ocasiones es necesario realizar cirugía adicional”. Es decir, en ambos casos figuran de forma expresa las complicaciones surgidas tras las dos cirugías.

En tercer lugar, y respecto a la ausencia de tratamiento previo que la reclamante plantea en sus alegaciones, el informe del Servicio de Cirugía Plástica emitido a instancia de este Consejo aclara que “inicialmente se optó por un tratamiento conservador de su patología, por lo que se pautó un tratamiento médico con antiinflamatorios no esteroideos y se remitió al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de referencia para valoración de tratamiento por su parte./ Valorada de nuevo en mayo de ese mismo año” (en referencia al 2015), “dada la progresión del cuadro (presentaba clínica de resorte en el 2.º y 3.º dedos cuando (en) la visita anterior solo lo presentaba en el 2.º, siendo el cuadro algo más leve en el 3.º) a pesar del tratamiento previo, se indicó el tratamiento quirúrgico (terapia de elección en casos de tenosinovitis crónica con clínica de resorte establecida)”. Frente a esta especificación, en la que se hace referencia a la progresión del cuadro (factor que no menciona la reclamante en su exposición), nada alega ni objetiva esta en el segundo trámite de audiencia que se le confiere. Ante la ausencia de prueba en sentido contrario, deducimos la corrección del tratamiento previo a las cirugías y anterior, por tanto, al proceso asistencial del que resulta el estado final por el que se reclama.

En cuarto lugar, hemos de abordar la alegación relativa a las omisiones de protocolo denunciadas tras las intervenciones quirúrgicas. Sobre este extremo, el informe emitido por el Servicio de Cirugía Plástica en septiembre de

2017 constata que después de la operación realizada en el año 2015 la paciente sufrió una "sobreinfección de la herida quirúrgica" que requirió tratamiento, continuando a la finalización del mismo con "importante dolor residual y limitación para la flexo-extensión", por lo que se llevó a cabo para su corrección una nueva intervención en el mes de abril de 2016.

En concreto, y en relación con la operación practicada en 2015, la interesada detalla las infracciones del protocolo posquirúrgico que aprecia. Así señala, entre los "0-4 días": falta de "movilizaciones activas para las articulaciones metacarpofalángica, interfalángica proximal e interfalángica distal", precisando que a ella "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", reseñando que "tardaron 9 días" en efectuarle "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", subrayando que "tardan 12 días en empezar a quitar parte de los puntos, algunos (...) los tiene infectados, optan por abríselos 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 “X”, “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”.

Sin embargo, no aporta el protocolo posquirúrgico que -según entienda- se habría vulnerado, y frente a estas alegaciones la historia clínica revela, en relación con la primera operación, que ya el mismo día (12 de agosto de 2015) fue valorada por el Servicio de Traumatología y presentaba “buena movilidad, sensibilidad, color y temperatura dedos mano dcha.”, y que, aunque el día 21 de agosto la herida quirúrgica estaba bien, tres días después aparece sobreinfección de la misma que fue tratada “con curas locales y antibioterapia, con buena evolución”. También se anota tras la segunda operación (realizada el 13 de mayo de 2016) que se insiste en la “importancia de ejercicios y de recuperar movilidad pasiva”, lo que permite descartar la existencia de la reprochada ausencia de “control de movilidad”. En ambos casos apreciamos referencia constante a las curas y control de la evolución de la herida, por lo que de las meras manifestaciones de la reclamante no podemos concluir la veracidad de las imputaciones que se realizan, que refuta igualmente el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora, en el que se indica, respecto a la primera operación, que la “infección de la herida quirúrgica (...) se trata de forma correcta con apertura de la herida, drenaje y antibiótico, con buena evolución. Sin embargo, persiste con importante dolor y tumefacción en los dedos intervenidos”, por lo que se lleva a cabo seguimiento estrecho de la paciente cada 2-3 semanas con realización de ecografía para descartar complicaciones infecciosas tratables, y se remite a rehabilitación que inicia en tiempo adecuado desde su indicación. El tratamiento rehabilitador mejora la movilidad pero persiste dolor, por lo que se decide reintervenir para revisión quirúrgica”. En cuanto a la segunda cirugía, señala que la infección de la herida

“se trata de forma correcta de nuevo”, y que “se realiza un seguimiento estrecho de la paciente, que presenta de nuevo tumefacción y dolor”.

En definitiva, no siendo suficiente la mera alegación de una supuesta mala práctica sanitaria y no habiéndose probado infracción alguna de la *lex artis* en el proceso asistencial, la materialización de un riesgo típico, contemplado como tal en los dos consentimientos informados que suscribió la interesada con carácter previo a las respectivas intervenciones quirúrgicas, conduce a considerar que el daño producido no resulta antijurídico, por lo que no existe responsabilidad patrimonial.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.