



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 8 4 / 2 0 1 5

(Sección 2ª)

La Laguna, a 24 de julio de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.D.R.M., por daños personales ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 295/2015 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

Mediante escrito de 3 de julio de 2015, la Consejera de Sanidad en funciones solicita de este Consejo dictamen preceptivo por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, y en el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), en relación con la Propuesta de Resolución del procedimiento de reclamación de indemnización incoado por daños producidos con ocasión de la asistencia sanitaria prestada a A.D.R.M. (el reclamante) por parte del Servicio Canario de la Salud, cuando tras la finalización de la intervención quirúrgica a la que sometió y mientras se encontraba aun en el "quirófano le salpicaron (...) con un líquido que le produjo abrasiones donde estaba el compresor en el antebrazo derecho, formándose cinco llagas profundas".

No se cuantifica la existencia del daño por el que se reclama, aunque en su escrito de 2 de octubre de 2010 manifiesta que aún sigue "en tratamiento" ya que ha sido objeto de una segunda intervención en el mismo dedo y al estar con férula hay que esperar a ver "cómo evoluciona". Lo que plantea la cuestión tanto de la

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

efectividad y consolidación del daño por el que se reclama como su valoración (art. 139.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC). La instrucción, sin embargo, no ha deducido de este hecho conclusión alguna, siendo así que esta segunda intervención es consecuencia de la anterior, recidiva de [la] enfermedad de Dupuytren, posibilidad conocida e independiente del acto quirúrgico”.

II

1. Este asunto ha sido conocido por este Consejo con anterioridad. En el Dictamen 369/2013 se concluyó que “debe explicarse suficientemente, mediante informe a emitir por el Servicio que corresponda, la causa de la aparición de las ampollas -que en las hojas de Enfermería se califican de quemaduras-; es decir, que tales ampollas coinciden con las propias de una reacción alérgica como la que se describe y que no responden a causa externa alguna que sea identificable como causa autónoma del daño”.

Posteriormente, en el Dictamen 153/2014, de 29 de abril, este Consejo precisó que:

«(...) no puede emitir un pronunciamiento jurídico definitivo si los hechos no tienen una explicación total, aunque no haya coincidencia en su valoración. Se recuerda, una vez más, que este Consejo no puede interferir en la explicación (origen, tratamiento, diagnóstico) de un hecho con relevancia clínica, pero sí puede y debe pedir explicación sobre lo no aclarado o las contradicciones, aparentes o reales, que no se han resuelto; precisamente, porque no posee pericia clínica. El informe de la Clínica P. es insatisfactorio a los fines indicados, al no responder totalmente a las cuestiones planteadas.

Por ello, sobre la base del informe emitido por la Clínica P., que no se puede ignorar, debe emitirse informe complementario explicando, si se puede, el origen de las quemaduras (dada su naturaleza y la experiencia clínica ante quemaduras similares); y si no fuera posible, que el informe se emita por el Servicio de Dermatología. En caso de que tal explicación no fuera posible o concluyente, se ha de informar acerca de si las quemaduras pueden ser “reacción vasomotora tras la administración de anestesia regional intravenosa” y la “retirada de la isquemia”. Si la respuesta tampoco es posible o concluyente, entonces debe solicitarse la misma al Servicio de Anestesia”».

2. En cuanto a los antecedentes, de los que se ha dado cuenta en los dictámenes anteriormente emitidos, son los siguientes:

El 16 de octubre de 2009, el reclamante alega que tras la intervención realizada "le salpicaron (...) con un líquido que le produjo abrasiones". En ese momento, el cirujano le indicó que se trataba de una "pequeña reacción alérgica".

Después de varias visitas, a instancia del traumatólogo intervino el especialista en cardiovascular quien indicó que la inflamación no era debida a problemas circulatorios sino traumatológicos, dejándole ingresado dos días. Tras el alta continuó acudiendo al Servicio de Urgencias de la Clínica P. varios días, pues la mano operada tenía la cicatriz de color blanco y abierta, y las llagas le supuraban.

El 22 de abril de 2010, el ahora reclamante cumplimentó y presentó impreso oficial de reclamaciones alegando "reacción alérgica local", y posteriormente una "dehiscencia de sutura". Sin embargo, las pruebas alérgicas de todos los productos que hay en un quirófano fueron "negativas".

Entiende el reclamante que en la intervención realizada el 16 de octubre de 2009 le ocasionaron "lesiones en el brazo derecho", que fueron calificadas como "proceso de reacción alérgica", aunque sostiene desde el principio que "le salpicaron con un líquido que le produjo abrasiones donde estaba el compresor" (la isquemia o torniquete).

El informe de la Inspección Médica, de 13 de septiembre de 2012, precisa que "la administración de líquidos intravenosos (sueros) y de los medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas". En este caso, las ampollas se calificaron como "efecto de toxicidad local vascular reversible". Se trató de una "reacción vasomotora tras la administración de anestesia regional intravenosa y de la isquemia precisa en la intervención, de carácter transitoria que evolucionó sin secuelas".

El informe traumatológico, de 14 de diciembre de 2010, dice que "tras concluir la intervención sin incidencias, al proceder a retirar la isquemia, sufre cuadro convulsivo que requiere intubación y tratamiento (...) tumefacción importante, ingurgitación venosa, cianosis del brazo y posteriormente formación de flictenas en borde medial de brazo". Evolución tórpida con resolución del cuadro vascular, presenta retracción cicatricial de la herida quirúrgica que precisa tratamiento rehabilitador y el uso de férula".

El informe vascular, de 15 de diciembre de 2010, precisa que “ante la sospecha clínica de una reacción vasomotora tras administración de anestesia regional intravenosa”, las ampollas pueden deberse a un “efecto de toxicidad local que suelen ser reversibles”.

El informe de anestesia, no fechado, dice que a los quince minutos de “liberada la isquemia, el paciente presenta cuadro de agitación, sin convulsiones, ni pérdida de conciencia, con estabilidad hemodinámica y respiratoria en todo momento”.

3. Consta un abultado historial del reclamante sobre tratamiento y recidivas de la enfermedad de Dupuytren (contractura de la fascia palmar debida a proliferación fibrosa, que da lugar a deformidades en flexión y pérdida de la función de los dedos de la mano con incapacidad grave), de las que fue siempre tratado de conformidad con la *lex artis* de aplicación al caso, incluso después de la intervención que ha motivado la presentación de la presente reclamación.

Sin embargo, el reclamante reclama no por las secuelas y lenta recuperación de la zona de intervención, que es la mano, sino por ampollas que aparecieron en el brazo, en el lugar de la isquemia cuando se le retiró el “compresor” (torniquete), al salpicarle un líquido, que le produjo “abrasiones”. Por ello, no se puede aceptar que “el relato de secuelas se corresponde con la recidiva de enfermedad de Dupuytren, posibilidad conocida e independiente del acto quirúrgico”, pues no se reclama por ello, sino por unas ampollas de origen desconocido.

La lectura detenida de las hojas de Enfermería evidencia que se han producido efectos de distinta naturaleza. Unos, previsibles y contemplados en la hoja de consentimiento informado (la evolución tórpida de la intervención, con recidivas constantes); otros, sin explicación definitiva, pues los indicios se reconducen a la evolución tórpida de la dolencia, que nadie discute.

En relación con esta evolución tórpida de la intervención y las continuas recidivas, se trata en efecto de secuelas previsibles de las que el reclamante fue debidamente informado. No es esta la cuestión.

El 22 de abril de 2010, el ahora reclamante fue informado, por copia del informe del director médico de la clínica P., de que presentó “reacción alérgica local” y posteriormente una “dehiscencia de sutura”. Esta dehiscencia -abertura espontánea de una zona suturada, zona con “puntos”, de una herida quirúrgica quedando de nuevo los bordes de dicha herida separados sin cumplirse el propósito de la sutura- pudo deberse a una formación deficiente de la cicatriz -falta de colágeno-, por lo

que un aumento de presión puede provocar dicha abertura. Puede que el vendaje en exceso compresivo hubiera influido en el hecho, pero de esto no se hace cuestión, ni por el interesado ni por la Administración.

El impreso del consentimiento informado suscrito para anestesia contempla que se pueden producir "excepcionalmente reacciones alérgicas" pues los "medicamentos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico". No se explica, sin embargo, que tales reacciones coinciden con las ampollas que aparecieron en el brazo del reclamante que se llegan a calificar como "quemaduras", que se acabaron necrosando. Las pruebas alérgicas (14 de mayo de 2010) dieron resultado negativo frente al "látex y contactantes habituales", calificándose la reacción como "no alérgica de probable origen vascular", e indicándose que durante la intervención "no se aplicó ningún producto en esa zona".

Así pues, la causa probable era doble: alergia a la anestesia/reacción vascular a la isquemia.

De las hojas de Enfermería resulta que el reclamante presentaba "edema en brazo y antebrazo, imposibilidad para la extensión y sensación de parestesia" y dedos y brazo "fríos y cianóticos". Pudiera ser, en efecto, que la isquemia fue aplicada en exceso. De ahí la parestesia, el edema y la cianosis en el brazo, efectos sin embargo previstos en el impreso de consentimiento informado. En cualquier caso, de esta circunstancia tampoco se ha hecho cuestión. El informe del Servicio de Inspección precisa, a la hora de explicar el origen de las ampollas, que se trató de una "reacción vasomotora tras la administración de anestesia regional intravenosa y de la isquemia precisa en la intervención", lo que sugiere que la causa de las ampollas fue combinada. Por ello, este Consejo dijo que "la primera, debe explicarse; la segunda (isquemia) está prevista en el impreso de consentimiento firmado".

Tras la retroacción acordada tras la emisión del segundo dictamen de este Consejo, se interesó de la Clínica P. informe complementario sobre si "(...) el efecto de una reacción vascular como la que sufrió el reclamante produce ampollas/quemaduras como las descritas". También sobre la posibilidad de una reacción combinada, es decir, "reacción vasomotora tras la administración de anestesia regional intravenosa" y la "retirada de la isquemia".

Del informe de la Directora Médica, de 26 de noviembre de 2013, resulta que "se desconoce la etiología de esta reacción que se califica de "flictena" (lesión cutánea elemental que consiste en una ampolla o vesícula formada por la epidermis levantada

llena de suero, como las producidas en quemaduras o rozaduras). Pudo ser "alérgica o de otra índole", pero "no de líquidos corrosivos que no se encuentran en un quirófano".

En trámite de audiencia, el interesado manifiesta que lo informado "no se asemeja a la realidad de lo ocurrido".

Sobre la primera cuestión, nada se aclara. La afirmación de que en el quirófano no existen líquidos corrosivos no permite ir más allá. Nada se dice respecto de la segunda, (reacción vasomotora tras la anestesia y la isquemia), que, por cierto, plantea el propio Servicio de Inspección. Tal fue la razón por la que, nuevamente, se solicitó informe sobre los antedichos extremos.

III

1. A la nueva solicitud de dictamen acompaña expediente que recoge la instrucción realizada tras la emisión del Dictamen 153/2014. La petición de informe complementario a la Clínica P. se efectuó por escritos recibidos los días 4 de junio y 3 de julio de 2014, y 25 de julio y 28 de octubre de 2014. En esta fecha se emite informe que es remitido el 11 de noviembre al interesado, que es notificado el 12 de noviembre de 2014.

Según el citado informe, "es imposible conocer la etiología de esta reacción que pudo haber sido alérgica o de otra índole intrínseca o extrínseca de contacto del propio sistema de isquemia y no de líquidos corrosivos que no se encuentran en el quirófano". Por ello, no se puede informar sobre "las supuestas etiología vascular o de reacción vasomotora regional por la retirada de las isquemia o por la administración de la anestesia". Por otra parte, las lesiones tipo "flictenas" que describen las hojas de Enfermería -que no tienen, se dice, "entidad diagnóstica"- "también puede aparecer en otras patologías que no tiene relación con la exposición ni a supuestos agentes corrosivos, ni a posibles reacciones vasculares".

El interesado insiste en que se trataba de "quemaduras" y no de una reacción alérgica, pues las pruebas fueron negativas a "todos los productos de un quirófano". El 11 de diciembre de 2014 aporta informe clínico, de 14 de mayo de 2010, en el que se hace constar que "no se objetiva sensibilización a látex ni contactantes habituales en el momento actual", por lo que se estima que se trata de una "reacción adversa no alérgica, de probable origen vascular".

Solicitado informe del Servicio de Inspección el 23 de diciembre de 2014, petición reiterada los días 21 de enero de 2015, 24 de febrero de 2015, 6 de abril de

2015, 24 de abril y 19 de mayo de 2015, se emite finalmente el informe solicitado el 3 de junio de 2015.

Según el mismo, la reacción en el reclamante fue "vasomotora" pues la lesión producida no es compatible con una quemadura química; la prueba alérgica era de látex y elementos contactables comunes, no a los "fármacos administrados al paciente durante el procedimiento de anestesia intravascular", lo cual, por cierto, estaba contemplado en el impreso de consentimiento informado; las "quemaduras" - si lo fueran- generan "lesiones eritematosas, sin exudado ni ampollas", que fue justamente lo que se produjo, por lo que eran quemaduras.

Por ello, el informe concluye en la dificultad de determinar si se trató de una reacción "vascular" o de una reacción a la "anestesia". No obstante, partiendo del hecho de que los primeros síntomas empezaron a producirse "a los 5-10 minutos de liberada la isquemia", el informe considera que los síntomas posteriores correspondían a una "reacción vasomotora", por lo que se trató de "un fenómeno hiperémico local, congestivo y edematoso".

Notificado el trámite de audiencia al reclamante, este no comparece al procedimiento, formulándose nueva propuesta de resolución, desestimatoria.

2. Durante el curso de las actuaciones, la instrucción del procedimiento, por los informes emitidos, ha ido sopesando una posible doble causa de la etiología de las ampollas o quemaduras sufridas por el reclamante. Por un lado, se trataría de una reacción adversa a la anestesia, posibilidad que estaba prevista en el impreso de consentimiento informado. Por otro lado, podría ser una reacción vasomotora derivada de la isquemia aplicada al reclamante. Los dictámenes anteriormente emitidos por este Consejo pretendían que se informara no solo sobre la causa prevalente o más probable sino sobre la posible combinación de ambas.

Con carácter general, los informes emitidos a instancia de la instrucción basculaban de forma alternativa entre una y otra causa, hasta ahora. Tras la última retroacción, la Inspección Médica, en su informe de 13 de junio de 2015, al margen de otras consideraciones -como que las ampollas sufridas son incompatibles con una quemadura química- se decanta por una "reacción vasomotora". La explicación de tal fenómeno se hace del siguiente modo:

"El manguito de isquemia es un instrumento mecánico que mantiene un sistema de presión para evitar el sangrado en el campo quirúrgico.

La primera fase de la isquemia aguda es de palidez y frialdad como consecuencia de vasoespasmo arteriolar. Se sigue de una fase de cianosis como consecuencia de la vasodilatación de vénulas y capilares y por último fase de hiperemia cuando se resuelve el vasoespasmo y se dilatan los capilares y las arteriolas.

De esta forma con el desinflado del manguito se produce una hinchazón de la extremidad secundaria por una parte al regreso de la sangre al miembro y por otra la reacción hiperémica a la isquemia. El edema en la extremidad fue descrito, en su evolución el líquido contenido en las ampollas procedería del extravasado formador del edema.

Es decir formación de flictenas de contenido seroso en el marco de un fenómeno hiperémico local, congestivo y edematoso”.

El informe, no obstante, no concluye sobre si tal reacción vasomotora es una consecuencia posible y hasta predecible de la aplicación de la isquemia, y hasta inevitable en este caso, o si, por el contrario, fue consecuencia de una isquemia indebida por excesivamente intensa, lo que pudiera ser reconducible a una deficiente prestación sanitaria. De hecho, consta en el expediente que después de la “reacción alérgica local” descrita se produjo una “dehiscencia de sutura” (abertura espontánea de una zona suturada) que “pudo deberse a una formación deficiente de la cicatriz -falta de colágeno- por lo que un momento de presión puede provocar una abertura”.

Las lesiones sufridas por el reclamante han sido calificadas de ampollas, quemaduras o reacción alérgica, pero en el expediente hay diversos informes que la califican de “flictena”.

El informe traumatológico, de 14 de diciembre de 2010, habla, tras describir “cianosis del brazo” y “evolución tórpida (...) del cuadro vascular”, de “formación de flictenas”. Las hojas de Enfermería definen las lesiones como del “tipo flictenas”, y, finalmente, el último informe citado del Servicio de Inspección habla de la “formación de flictenas de contenido seroso en el marco de un fenómeno hiperémico local, congestivo y edematoso”.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de octubre de 2005 conoce de un caso en el que, “ante una historia clínica como la que nos ocupa, hemos de pensar como mínimo en la posibilidad de que nos encontramos con un síndrome isquémico agudo, ya que están presentes los síntomas cardinales de este tipo de afección, siendo estos: dolor, hipoestesia, parestesia, frialdad, palidez y luego flictenas preneclóticas”.

Desde luego, los antedichos síntomas parecen coincidir con los descritos por el último de los informes citados, el del Servicio de Inspección. Abunda en ello el hecho de que, según resulta de las actuaciones y se dijera en el Dictamen anteriormente emitido 369/2013:

«(...) se hace constar que las “ampollas se están necrosando” (algunas necesitan desbridamiento con bisturí). El 30 de octubre, “ampollas que se están necrosando”, petición de cultivo; el 31 de octubre, “ampollas que se están necrosando”; el 1 de noviembre, “inicialmente ampollas que se están necrosando”. El 15 de diciembre, en Traumatología, “retracción en 4º radio. Proceso inflamatorio”; el 14 de enero de 2010, “evolución tórpida. Flexo de MCF y IFP. Recomiendo cirugía (...)”».

3. Así pues, llegados a este punto, podemos concluir, con arreglo a la información aportada al expediente, que estamos ante una reacción vasomotora derivada de la aplicación al reclamante de una isquemia.

A título meramente ejemplificativo, y a los solos efectos de ilustrar una explicación fáctica de la secuencia de hechos, se cita seguidamente un texto libremente obtenido de Internet (principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos, Uninet, con indicación de especialistas de todas las especialidades), que, en relación con los grados lesivos de las congelaciones, indica lo siguiente:

“En lo que se refiere a las manifestaciones clínicas posteriores a la congelación, las lesiones superficiales suelen cursar con alteraciones sensitivas (parestias y disestesias) acompañadas de flictenas de contenido seroso en el marco de un fenómeno hiperémico local, congestivo y moderado o intensamente edematoso (lesiones IIº superficiales). El cuadro, por lo general, tiende a evolucionar satisfactoriamente hacia la curación en un corto espacio del tiempo (una o dos semanas), con medidas terapéuticas mínimas y sin dejar secuelas persistentes”.

La cuestión, claro está, consiste en determinar, como se anticipó, si el efecto es coherente y proporcional a una isquemia aplicada conforme a las *lex artis*, por lo que el hecho dañoso no sería sino consecuencia debida y de obligada aceptación, o si, por el contrario, nos encontramos ante una isquemia defectuosamente aplicada o no controlada debidamente, causándose en consecuencia un daño que no estaría amparado por la *lex artis*.

Lógicamente, este Consejo no posee pericia clínica para pronunciarse sobre una cuestión técnica como la expresada, que solo puede ser resuelta por los expertos en

la materia. Pero tampoco puede ignorar que la propia Propuesta de Resolución califica, fundadamente, el hecho como reacción adversa "imprevista" o "imprevisible", con cita de jurisprudencia sobre tal circunstancia obstativa de la responsabilidad patrimonial.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, de acuerdo con la argumentación que se contiene en el Fundamento III, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por A.D.R.M.