



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 24 de marzo 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 I.R.O., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 79/2015 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado a instancias de I.R.O. en reclamación de una indemnización de 447.282,15 euros por las lesiones personales cuya causación imputa a la negligencia profesional de los facultativos de dicho Servicio que la atendieron.

2. La cuantía de la indemnización determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Excm. Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. Se cumplen los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

4. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo.

II

1. La reclamante alega en su escrito de reclamación inicial:

“El día 12 de diciembre de 2013 sufrí un corte en la muñeca izquierda que fue suturada en el Centro de Salud de Maspalomas (...).

Posteriormente presentó dolor y hipotesia en la mano y se trató con analgésicos y diazepam.

Tras retirarse los puntos de sutura se objetiva la posible lesión del nervio radial por lo que se solicita visita urgente al traumatólogo.

Una vez valorada la paciente se diagnostica la sección del nervio y se programa para intervención quirúrgica.

Actualmente a la espera de ser vista en rehabilitación y unidad del dolor crónica.

(...) Así las cosas se objetiva una mala praxis médica ya que en el centro de salud no se debió de haber suturado el corte en la muñeca”.

2. La reclamante aportó al expediente un dictamen pericial donde se explica que: “Se procedió a la sutura de la misma sin realizar una revisión neurológica, que era necesaria puesto que la herida se asentaba exactamente en la zona de influencia del nervio radial”.

Este informe pericial concluye lo siguiente:

“I.R.O. sufrió una herida cortante en antebrazo izquierdo (región inervada por la rama sensitiva de nervio radial) el 12/12/13. Dicha herida fue suturada sin hacerse una revisión de la posible lesión neurológica, imprescindible al tener en cuenta la zona en la que se asentaba. Con el tiempo se diagnosticó la lesión y se procedió a intervención quirúrgica, sin obtener el resultado esperado. Actualmente, presenta un síndrome de dolor regional complejo en mano izquierda, que ha sido tratado con múltiples medidas analgésicas, sin conservarse su resolución. No hay todavía agotamiento de medidas terapéuticas, pero el pronóstico es sombrío. Presenta un déficit funcional severísimo de la mano izquierda, incluso del antebrazo, ya que a la falta de movilidad y fuerza se une un intensísimo dolor, por lo que este déficit ha sido valorado en 35 puntos (equivalente a la pérdida de la mano) y se añaden los 5 puntos del dolor”.

3. En el expediente obran dos informes, que recoge la Propuesta de Resolución, emitidos por la Inspectora Médica del Servicio de Inspección y Prestaciones. Este primer informe sienta las siguientes conclusiones:

"1.- La herida incisa sufrida por la reclamante el día 12 de diciembre de 2013 afectó a la rama superficial (sensitiva) del nervio radial (periférico). No existió sección completa del nervio, sino lesión de fascículo/s.

2.- No presentó sintomatología hasta el día 19 de diciembre de 2013 consistente en disminución de la sensibilidad táctil por afectación parcial del nervio periférico (hipoestesia) de la región anatómica afectada, dorso de mano izquierda.

En ningún momento presentó anestesia completa ya que no existió sección completa de la rama sensitiva del radial. Ello justifica que en principio no se evidenciara la lesión por los profesionales que le atendieron.

Ciertamente, en un primer momento, una herida de las características de la sufrida por la reclamante es difícil de diagnosticar al no poderse observar las diferentes estructuras nerviosas existentes en la zona afectada. Asimismo, la ausencia de sintomatología acompañante no sugería lesión alguna, por ello, una vez evaluada se procedió a aplicar sutura.

Por otro lado, en el caso de que clínicamente se hubiera observado la existencia de una lesión nerviosa, sería adecuado suturar la piel y enviarlo a una unidad de referencia con manejo en microcirugía nerviosa para su reparación diferida.

3.- Fue valorada por especialistas en Traumatología y ante la sintomatología compatible con afectación del nervio radial es incluida en lista de espera en la fecha 9 de enero de 2014, a fin de proceder a revisión y reparación quirúrgica.

Se practica valoración preoperatoria en febrero de 2014.

La lesión sufrida por la reclamante, en sí misma requiere intervención quirúrgica, periodo de incapacidad y tratamiento rehabilitador, sin que a pesar de ello se pueda garantizar los resultados aún con tratamiento quirúrgico.

4.- La reclamante presentó una de las complicaciones descritas en la cirugía.

Consta documento de consentimiento informado en donde figura recogida entre otras circunstancias y dentro de los riesgos más graves:

La distrofia simpático refleja: en las zonas próximas al sitio de una operación, se puede producir una pérdida de la movilidad de las articulaciones, descalcificación de

los huesos, inflamación, dolor, alteración de la temperatura, de la sensibilidad, de la coloración, y sudoración. Esta situación es muy incapacitante y necesita tratamiento médico y rehabilitador durante mucho tiempo.

Su aparición agrava el diagnóstico, aumentando las secuelas y alargando el tiempo de recuperación, pero su aparición en modo alguno está asociada a las actuaciones médicas realizadas, sino a la propia lesión del nervio y al necesario tratamiento quirúrgico. Dicha complicación constituye la respuesta personal fisiopatológica dada por la paciente ante el traumatismo que sufrió, constituyendo por tanto un daño que no es antijurídico y que la reclamante tiene por ello el deber de soportar.

5.- En el tratamiento quirúrgico de las lesiones de los nervios periféricos el porcentaje de recuperación sensitiva o motora oscila entre el 44% y el 85% de los casos, según series, edad del paciente, nivel de lesión (proximal o distal), mecanismo lesional, y tipo de reparación”.

4. El segundo informe precisa las explicaciones del anterior en el siguiente sentido:

«1.- Ante toda herida de la mano ha de seguirse un protocolo de actuación consistente en: valoración inicial de la movilidad de los dedos, así como el estado neurovascular de la lesión. En alto porcentaje de los casos la exploración del dedo puede verse comprometida por el componente álgico de la lesión.

Si no hay sospecha por la exploración de lesión tendinosa/vascular/nerviosa, no está indicada realizar otra actuación más que la sutura y seguimiento por su médico de Atención Primaria, como efectivamente ocurrió. Los síntomas sensitivos, dolor y parestesias son más subjetivos, con una difícil exploración.

3.- Es evidente que en el momento de la asistencia en Urgencias (12.12.13) no existía una sección total del nervio. Idéntica valoración merece la lesión los días posteriores, cuando es atendida en el Centro de Atención Primaria. No es hasta transcurridos siete días del accidente (19.12.13), cuando la reclamante manifiesta por primera vez una afectación sensitiva que lleva al médico de cabecera a derivarla a especialista en Traumatología (20.12.13).

4.- Queda claro que transcurren siete días, hasta manifestar los primeros síntomas. Las laceraciones nerviosas pueden ser parciales o completas. A veces en su intento de restablecer esa continuidad nerviosa, las células crecen de forma desordenada lo que conduce a la formación de una masa fibrosa, sólida, redondeada u

ovoidea en relación con el nervio lacerado, lo que se denomina neuroma. Ello obliga a pensar que inicialmente pudo ocurrir una rotura parcial del nervio (solo epineuro intacto, lo que generó un neuroma de continuidad con potencial recuperación) consecuencia inmediata del traumatismo, que finalmente con los incidentes ocurridos ajenos al servicio sanitario, evolucionó y transcurrida una semana del accidente es cuando la paciente acude a su médico de cabecera manifestando sintomatología, esto es el déficit sensitivo.

5.- Valorada por Traumatología en las fechas 23 de diciembre de 2013 y 9 de enero de 2014. Se decide incluir en lista de espera para revisión y reparación diferida de nervio radial, aceptando los riesgos expresados en el documento de consentimiento informado debidamente suscrito.

6.- Ha de concluirse que la actuación médica fue la adecuada a la situación clínica presentada, no resultando acreditado lo contrario. Las complicaciones en la sensibilidad no en la funcionalidad que padeció la reclamante siete días después derivan de la lesión del nervio periférico, la cual no obedeció a una mala praxis médica por parte del facultativo de Atención Primaria, sino que se debió a una evolución que ha de considerarse como un riesgo inherente a la lesión correctamente tratada.

7.- En cuanto a su trabajo o profesión habitual, no consta. Revisados los archivos informáticos (TGSS). Desde la fecha 2 de agosto de 2007 NO realiza actividad laboral alguna. Desde el 14 de mayo de 2008 se encuentra como familiar cuidadora no profesional de persona dependiente, percibiendo en la actualidad 204 euros mensuales. No figura que se haya dado de baja por incapacidad.

8.- La situación actual se corresponde con un cuadro de distrofia simpático refleja (DSR). La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (por sus siglas en inglés MPS), define el síndrome de dolor regional complejo (SDRC) como "variedad de condiciones dolorosas de localización regional, posteriores a una lesión, que presentan predominio distal de síntomas anormales, excediendo en magnitud y duración al curso clínico esperado del incidente inicial, ocasionando con frecuencia un deterioro motor importante, con una progresión variable en el tiempo".

Con independencia de cualquier tratamiento, en nuestro caso existen dos circunstancias que pudieran ocasionar la DSR: tras la sección nerviosa, siempre se formarán crecimientos atonales y neuromas lo único que tan sólo el 30 % son dolorosos apareciendo los SDRC tipo II (síndromes dolorosas regional complejos). Tras

la cirugía practicada, factores predisponentes: se han sugerido los siguientes factores de riesgo: metabólicos (anomalías metabólicas, diabetes), tabaquismo, y factores psicológicos (ansioso-depresivos, emotivos, nerviosos e irritables).

Las secuelas se presentan en el 20-40% de los casos, como dolor y edema residuales, en casos más severos pueden ocasionar trastornos vasculares y retráctiles, que pueden ser subsidiarios de diversas intervenciones terapéuticas quirúrgicas y en casos extremos de amputaciones, circunstancia no presente en este caso».

III

1. De los informes médicos transcritos resulta que en la asistencia de urgencia la paciente no presentaba síntomas de que sufriera una lesión del nervio, porque no había perdido fuerza ni movilidad ni presentaba anestias. Presentaba una lesión parcial no diagnosticable. La actuación médica fue correcta, porque el tratamiento de la herida fue el debido: limpieza, cura y sutura. Si se hubiera diagnosticado una lesión neurológica, la actuación médica correcta también es la misma para su posterior remisión a los especialistas en microcirugía.

2. Ante un supuesto en que se reclamaba la responsabilidad extracontractual del servicio público de salud porque ante una patología que no se diagnosticó en la primera consulta, porque no concurrían todos los síntomas que la caracterizaban, en la STS de 16 marzo 2005 se razonó lo siguiente:

“La infracción denunciada no se ha producido dado que, como se razona en la sentencia recurrida, al no apreciarse la existencia de una infracción de la *lex artis* en materia sanitaria, es reiterada la jurisprudencia de la Sala que entiende que no produce el requisito de antijuridicidad del daño, exigible conforme a la Ley de Régimen Jurídico para que el mismo sea susceptible de indemnización, y por ello dicho daño ha de ser soportado por el paciente partiendo del principio de que a la Administración no le 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, sin que se aprecie que en el caso actual, en función de la valoración de la prueba pericial procesal practicada por la Sala de instancia, resultara previsible en la primera visita hospitalaria al centro sanitario de S.R. y a L.P. la apreciación de una sintomatología que permanecía larvada y que no

fue manifestada sino días después cuando se procedió a la práctica de la operación que determinó la amputación; máxime cuando la citada amputación tampoco puede excluirse que resultara procedente, como la sentencia de instancia afirma, de haberse detectado la isquemia en una primera exploración clínica. El motivo casacional, por tanto, ha de ser igualmente rechazado”.

3. También ante una reclamación de indemnización por daños cuya causación se imputaban a un diagnóstico erróneo, la STS de 17 de julio de 2012 recoge el fundamento VI de la Sentencia recurrida que dice así:

“No basta con afirmar que para un diagnóstico más certero de una patología debían haberse realizado otras pruebas diagnósticas hasta agotarse todas las posibilidades diagnósticas, pues una vez diagnosticada una patología y a la vista de todas las circunstancias concurrentes en el caso es más fácil afirmar que debieron efectuarse más pruebas diagnósticas. Pero se olvida que los servicios sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización. Por otra parte, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad sanitaria en el caso de que los síntomas que presenten los pacientes sean indicadores de la necesidad de realizar pruebas diagnósticas y si estas no se realicen entonces habrá infracción de la *lex artis* cuando se acredite que la omisión en la realización de las indicadas pruebas son la causa de las secuelas por las que se reclama indemnización pues solo son objeto de indemnización aquellos daños que son antijurídicos y que no se tiene obligación de soportar, entre los que no se incluyen aquellos que son resultado de la evolución de la enfermedad que se padece y que hubieran surgido de igual modo aunque su diagnóstico y tratamiento hubiera sido correcto. La postura contraria, supondría exigir a los facultativos realizar todas las pruebas diagnósticas de múltiples enfermedades que pueden cursar, como es en este caso, con dolor lumbar y ello no puede ser exigible por eficacia médica”.

4. Cuando la reclamante fue atendida en Urgencias, no presentaba síntomas de que padeciera lesión del nervio. Por ende, su estado no aconsejaba la realización de pruebas diagnósticas que confirmaran o descartaran la existencia de dicha lesión. Por consiguiente no hubo un error de diagnóstico que permita afirmar la infracción de la

lex artis ad hoc. Cuando fue posible diagnosticar la lesión del nervio, los facultativos no erraron en su diagnóstico ni tratamiento.

Al no concurrir infracción de la *lex artis* ni omisión en la prestación de los medios adecuados, no puede surgir la obligación de indemnizar por el daño alegado. El servicio público de salud no responde por los daños causados por la imposibilidad de los conocimientos médicos de diagnosticar oportunamente las patologías cuyos síntomas iniciales no coinciden de manera plena con ella y se solapan con los de otras, sin que concurren datos clínicos que impongan pruebas diagnósticas para detectarlas, porque el art. 141.1 LRJAP-PAC dispone que no son 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 existentes en el momento de su producción.

5. En cuanto a la distrofia simpático refleja que presenta actualmente la reclamante tiene dos posibles orígenes:

a) Los crecimientos atonales y neuromas que se forman siempre tras una sección nerviosa, y que la Medicina no puede evitar.

b) Una consecuencia inevitable de la intervención quirúrgica que su estado requería.

No está demostrado a cuál de esas dos posibles causas obedece la aparición de esa distrofia en la reclamante.

Si su origen se debe a la primera, es una consecuencia de la herida que sufrió y no de la asistencia que recibió para curársela, sin que se pueda imputar a dicha asistencia porque la ciencia médica carece actualmente de conocimientos que puedan evitar su formación.

Si su origen se debe a la segunda, tampoco puede engendrar la responsabilidad del facultativo ni, por consiguiente, la del servicio público por cuenta del cual presta sus servicios profesionales; porque, en primer lugar, el estado actual de los conocimientos y técnicas de la ciencia médica no lo puede evitar, por lo que no es indemnizable según el segundo inciso del art. 141 LRJAP-PAC; en segundo lugar, porque los daños iatrogénicos de una actuación médica correcta y de cuyo riesgo de materialización ha sido previamente informado en orden a obtener su consentimiento a dicha actuación deben ser soportados por el paciente por ser inherentes, inevitables y necesarios para el restablecimiento de su salud, y por consiguiente no

son antijurídicos, lo que determina, en virtud del primer inciso del art. 141.1 LRJAP-PAC, que no sean indemnizables.

En el expediente obra el consentimiento informado de la reclamante a la intervención quirúrgica en el cual se hace constar que uno de los riesgos iatrogénicos es la aparición de una distrofia simpático refleja en la zona próxima a la intervenida.

El consentimiento informado (arts. 8 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) constituye uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto. La paciente, en cuanto asumió los beneficios que pudieran derivarse de la intervención quirúrgica, asumió también las consecuencias dañosas de la probable realización del riesgo que comportaba. El consentimiento informado del paciente hace recaer sobre él la carga de soportar los daños que puedan producirse, bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aun alcanzando el resultado perseguido, se producen efectos secundarios. Por esta razón, no tiene el carácter de lesión antijurídica y por ende no es indemnizable según el art. 141.1 LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por el interesado, de conformidad con lo razonado en el Fundamento III del presente dictamen.