

CONSEJO CONSULTIVO
DE
LA RIOJA

CONSEJO CONSULTIVO

DE

LA RIOJA



DICTAMEN

67/24

***RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA DERIVADA
DE LA ATENCIÓN MÉDICO QUIRÚRGICA DEL
SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO (500.000 EUROS).***

En Logroño, a 26 de noviembre de 2024, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz, y de las Consejeras D.^a Amelia Pascual Medrano, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D.^a M.^a Belén Revilla Grande, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, y siendo ponente D. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

67/24

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Responsabilidad patrimonial sanitaria derivada de la atención médico quirúrgica del Síndrome del Túnel del Carpo (500.000 euros)*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito fechado el 9-01-2024 y sellado de entrada de Registro electrónico del Gobierno de La Rioja el 11-01-2024, el paciente, representado por la letrada, Doña X, expuso que:

“-El 17/12/2020 fue intervenido quirúrgicamente de Síndrome de túnel Carpiano de la muñeca izquierda.

-El 26/01/2021 a pesar de la intervención del túnel del carpo izquierdo persiste sensación de acorchamiento y adormecimiento de 4º y 5º dedo con dolor de movilizar. Se solicita rx de muñeca y codo y se solicita interconsulta a traumatología.

-El 10/02/2021 se detalla distrofia simpático refleja en mano izquierda tras apertura del túnel carpiano izquierdo.

-El 16/02/2021 se realiza EMG que detalla amplitud disminuida del potencial sensitivo del nervio cubital de 5º dedo de la mano izquierda y que estaba preservado en el estudio de fecha 09/11/2020.

-El 21/05/2021 se realiza RMN que informa de disociación escafosemilunar con angulación dorsal del semilunar en DISI.

-El 07/06/2021 el Dr. 1 detalla disociación escafosemilunar compatible con rotura ligamentosa. Existe separación entre masas estructurales óseas y angulación dorsal del semilunar (DISI).

-El 17/08/2021 se realiza una EMG que detalla neuropatía focal del nervio cubital izquierdo con túnel del carpo leve. Es decir, que pese a estar intervenido había empeorado con clínica de neuropatía cubital y disociación escafosemilunar.

-Solicita traslado a centro de referencia para valorar microcirugía de la mano y valoración quirúrgica del neuroma sensitivo y motor del nervio cubital 5º dedo. Se realizó la valoración en Burgos el día 07/10/2021 donde detallan que ha sido derivado desde La Rioja para valoración del dolor en mano izquierda (antecedente personal de cirugía de túnel carpo izquierdo). En RMN se observa DISI.

-El 17-10/2021, resonancia en Burgos, la Dra. 2 detalla disociación escafosemilunar con angulación semilunar en DISI. Lesión degenerativa del fibrocartilago triangular.

-El 10/06/2022, se cita a mi cliente para nueva cirugía, pero se suspende por falta de tiempo. Se interviene quirúrgicamente en el Complejo asistencial de Burgos el día 22/07/2022 por recidiva túnel del carpo y posible neuropatía cubital en canal Guyon. Se evidencia defecto de apertura de túnel del carpo tanto a nivel proximal como distal, así como importante fibrosis cicatricial que rodea al nervio mediano.

-Se realiza apertura completa del canal y neurlisis del mediano. A través de la misma incisión se realiza apertura del canal de Guyon hasta localizar el paquete cubital, evidenciándose también fibrosis cicatricial. La cirugía se realiza con estudio neurofisiológico intraoperatorio 18/08/2022”.

2. En cuanto a las consecuencias que, a su juicio, se derivan de la asistencia que fue prestada, el reclamante entiende en su escrito, que:

“-Existe mala praxis y quebrantamiento de la lex artis en la primera intervención quirúrgica, ya que tras la misma mi representado comienza con sintomatología en 4º y 5º dedo y en EMG de fecha 16/02/2021 y se evidencia lesión de nervio cubital que no se evidenciaba en el EMG previo. En la evolución además se reproduce de nuevo la sintomatología de túnel de carpo, realizándose nuevo EMG con fecha 17/08/2021 que evidencia neuropatía focal del nervio cubital izquierdo similar al estudio previo. Una neuropatía focal del nervio mediano izquierdo compatible con túnel de carpo leve.

-El día 22/07/2022 por recidiva túnel del carpo y posible neuropatía cubital en canal de Guyon y en la cirugía evidencian que el túnel del carpo no estaba correctamente liberado y había fibrosis tanto en Mediano como dentro del Canal de Guyon.

-Aunque la lesión del Nervio Cubital en este tipo de cirugías es posible denota una mala técnica, lo mismo que no liberar el nervio de forma completa lo que no soluciona el problema y obliga a realizar una nueva cirugía”.

3. Por lo que hace a la indemnización solicitada, se reclama la cantidad de 500.000 euros, cifra esta huérfana en su escrito, de desglose o justificación.

4. En su escrito de reclamación expresa también que con fecha 26 de enero de 2023 se notificó resolución del INSS (que no aporta), en el que se reconoce como cuadro residual

de la intervención quirúrgica: neuropatía sensitiva cubital. RM ambas muñecas con disociación escafosemilunar compatible con rotura ligamentosa y las limitaciones orgánicas y funcionales siguientes:

“Limitado para actividades de manipulación mantenida y manejo de cargas moderadas por pérdida de fuerza o fuentes de calor altas. Los síntomas que actualmente padece el paciente como consecuencia de las patologías son: Neuropatía focal del nervio mediano izquierdo, con signos de atrapamiento a nivel de muñeca, con STC y afectación moderada de las conducciones. Asimismo, padece neuropatía focal de intensidad moderada del nervio cubital izquierdo con empeoramiento de las conducciones. En la muñeca derecha padece STC, sinovitis, edema e irregularidad subcondral afectando las estructuras óseas, vertiente radial así como a la articulación TMC”.

5. A su reclamación, el interesado acompañó la documentación de la autorización para ser representado por la citada letrada, con fecha 9 de enero de 2024.

Segundo

El día 12 de enero de 2024, el Sr. Secretario General Técnico de la Consejería consultante dicta Resolución por la que tiene iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

1. Mediante escrito de 22 de enero de 2024, del Sr. Instructor del expediente, se comunica a la representante del reclamante diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

2. Ese mismo día, requirió a la Dirección del Área de Salud del Hospital de San Pedro (HSP), y al Hospital Universitario de Burgos, cuantos antecedentes y datos existieran relativos a la atención prestada al paciente, su historia clínica -relativa *exclusivamente* a la asistencia objeto de la reclamación-, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada.

3. Con fecha de Salida 5 de febrero de 2024 y de registro de entrada 12 de febrero de 2024, se remite por el Complejo Asistencia Universitario de Burgos copia en CD de la Historia Clínica, Evolutivos y Gacelas del reclamante.

En la documentación recibida se contiene el informe de la intervención quirúrgica del 22/07/2022, firmado por la Dra. 3, en el que figura como cirujana la Dra. 4, con la siguiente descripción:

“-Abordaje palmar largo, objetivándose defecto de apertura de túnel del parpo a nivel tanto proximal como distal, así como importante fibrosis cicatricial que rodea el nervio mediano. Apertura completa del canal y neurolisis del nervio mediano.

-A través de la misma incisión, apertura del canal de Guyon hasta localizar paquete cubital, objetivándose también fibrosis cicatricial.

-Estudio neurofisiológico intraoperatorio: Las alteraciones observadas son compatibles con el diagnóstico de: mononeuropatía periférica focal, distal de nervio mediano y nervio cubital izquierdo a su paso por la muñeca, de intensidad LEVE en ambos casos. NOTA: como hallazgos se objetiva una variante anatómica de Martin Gruber”.

4. Con fecha 5 de marzo de 2024, de la Dirección del Área de Salud del Hospital San Pedro (HSP), se remite documentación solicitada sobre la reclamación presentada por el paciente, en la que se incluye, además de su Historia Clínica:

i) Informe de la Dra. 2, del Servicio de Traumatología del HSP de fecha 21/02/2024, en el que expresa, entre otras, las siguientes precisiones:

“19/11/20 el paciente acude a consultas externas del COT donde es incluido en la lista de espera quirúrgica para apertura de ligamento anular del carpo izquierdo por STC izquierdo.

El mismo día se realiza ENG compatible con STC moderado.

Se propone cirugía y el paciente acepta y firma consentimiento informado, donde se especifica las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO entre las cuales figuran:

- a) Reparación de la sintomatología con el tiempo.*
- b) Lesión de la rama sensitiva y/o motora del nervio mediano originando dolor y parálisis en las zonas afectadas.*
- c) Lesión de estructuras del paquete cubital.*
- d) Cicatriz dolorosa.*
- e) Dehiscencia de la sutura.*
- f) Infección de la orina.*
- g) Rigidez de las articulaciones de los dedos.*

16/12/2020 se le realiza apertura de ligamento anular del carpo de la mano izquierda bajo anestesia local, sin complicaciones intraoperatorias.

Tras cirugía es remitido a la consulta de Traumatología desde su médico de A.P. por clínica de hipoestesias de territorio cubital distal, pero sin presentar clínica de nervio mediano, solicitándose pruebas diagnósticas neurofisiológicas y de imagen.

01/09/2021, se realiza informe de traslado para valoración por servicio de Microcirugía (Complejo Asistencias de Burgos) remitiéndose el resultado de eng y RNM de muñeca izquierda (no de la derecha como se detalla en la reclamación).

22/07/2022 refiere en el informe es intervenido en el Complejo Asistencia de Burgos) realizándose exeresis de fibrosis cicatricial que rodea al nervio mediano y fibrosis cicatricial que rodea a paquete cubital, la cirugía se realiza con estudio neurofisiológico intraoperatorio.

16/02/2021 el estudio de ENG muestra amplitud disminuida del potencial sensitivo de nervio

cubital en el quinto dedo de la mano izda. Con respecto a la contralateral, que estaba preservado en el estudio de noviembre 2020, resto del estudio dentro de los límites de la normalidad. (En este estudio no se aprecia afectación de n. mediano izdo., luego tras intervención el n. mediano ha sido liberado con mejoría electromiográfica).

18/08/2021 Conclusión estudio ENG con hallazgos que sugieren la existencia de: Una neuropatía focal del nervio cubital izquierdo de forma similar al anterior estudio ENG (9/11/20) con afectación exclusiva sensitiva y del componente axonal. Una neuropatía focal del nervio mediano izdo. a nivel de la muñeca, compatible con un síndrome del túnel carpiano izdo. con afectación leve de las conducciones.

30/11/2022 Conclusión de ENG hallazgos sugerentes de la existencia de: Una neuropatía focal del nervio mediano izdo., con signos de atrapamiento a nivel de muñeca, compatible con un síndrome de túnel carpiano izquierdo, con grado de afectación leve-moderado de las conducciones. Una neuropatía focal de moderada del nervio cubital izquierdo (mixta de predominio sensitivo). En relación con el estudio previo (17/08/21) se objetiva un discreto empeoramiento de las conducciones. En el EMG de la musculatura dependiente explorada, no se objetiva signos de denervación activa y sí algunos hallazgos de reinervación crónica en el momento actual.

Además, presenta en la muñeca izquierda: Disociación escafo-semilunar compatible con rotura ligamentosa y artrosis secundaria confirmada con RMN y radiografía, independientemente del STC, que clínicamente esta patología curda con pérdida de fuerza, perdida de movilidad y dolor de muñeca.

Tras resultados EMG se concluye que,

En el primer registro EMG tras cirugía del 16/12/2020 se encuentra una mejoría de conducción de nervio mediano respecto al previo, encontrándose en límites de la normalidad, con lo cual concluimos que el nervio mediano estaba liberado, y el 2º registro, aunque hay un atrapamiento leve siguen siendo mejores las conducciones que previo a la cirugía.

En el Master sobre cirugía de STC recurrente publicado en 2016 se describe que la recidiva de la clínica tras la cirugía primaria es del 1-31% de los casos, según la serie. De éstos, requieren nueva intervención aproximadamente el 5-12% (7,5,6,2), ya que las medidas más conservadoras no suelen resultar efectivas.

En el libro de neuropatía y de atrapamiento (Antonio García López) enumeran como complicaciones del tratamiento quirúrgico del STC las complicaciones nerviosas: la lesión del nervio cubital y la recidiva de la sintomatología es casi siempre secundaria a la fibrosis perineural o a un cuadro de sinovitis de los flexores (como ha ocurrido en el caso de este paciente)”.

ii) Informe del Dr. 5, del Servicio de Traumatología del HSP de Logroño, de fecha 01/03/2024.

El informe se limita a una escueta nota de Evolución clínica, que reproducimos en su integridad:

“Dolor y parestesias territorio mediano mano izquierda

Intervenido de STC derecho

Estudio ENG compatible con STC izquierdo moderado

JC: STC izquierdo

Apunto en LEQ para liberación nervio mediano izquierdo”.

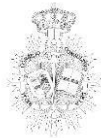
Cuarto

Con fecha 6 de marzo de 2024 el Instructor remite a Dirección General de Prestaciones y Farmacia un escrito para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todo los aspectos esenciales de la reclamación a fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Quinto

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la aseguradora del SERIS, emitido el 10/05/2024 por *CRITERIA* y, en particular, por los Doctores 6, Especialista en Cirugía general y Cirugía Ortopédica y Traumatología y Dr. 7, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, que, tras un detallado examen de la asistencia dispensada al paciente, establece, entre otras, las siguientes conclusiones:

- “1. Hay que saber diferenciar las patologías que padece el paciente en su muñeca izquierda a nivel biomecánico, degenerativo y nervioso.*
- 2. No es motivo del dictamen/reclamación, la patología degenerativa, así como la inestabilidad del carpo, ni su implantación cubital, de la muñeca izquierda, que describimos en las consideraciones médicas al ser referenciadas en la demanda.*
- 3. Tampoco es motivo del dictamen/reclamación, la patología de la muñeca derecha, que comenta que tiene el paciente y que está referenciada igualmente por la demanda.*
- 4. La reclamación es por la cirugía liberadora del ligamento transversal del carpo en el Hospital de La Rioja, al ser esta incompleta en sus dos extremos del túnel.*
- 5. El paciente presentó un síndrome del túnel carpiano (STC), y cada día existe más evidencia científica que es una patología con factores genéticos y medioambientales.*
- 6. El paciente es informado y acepta el tratamiento quirúrgico.*
- 7. La cirugía se realiza según bibliografía y sin complicaciones intraoperatorias cutáneas ni nerviosas*
- 8. No debemos olvidar que los límites del túnel carpiano y así lo describimos en las consideraciones médicas, son sobre los huesos pisiforme y escafoidees en la entrada y gancho y trapecio en la salida, luego el LTC (ligamentum carpi transversum) se une a estos cuatro huesos y actúa como un ligamento carpiano intrínseco que restringe el movimiento de estos huesos, además de proporcionar una polea para la protección de los tendones flexores y al nervio mediano. Según la mayoría de los autores, esto conduce a una pérdida de fuerza de prensión al perderse este efecto polea del LTC cuando se abre y es una complicación descrita en la bibliografía que no se puede evitar tal como lo hemos descrito en*



las consideraciones médicas y por eso hay autores que conservan la entrada y la salida del túnel, si estas no comprimen al nervio en el acto quirúrgico y se evita la secuela de la pérdida de fuerza de prensión.

9. La Dra. 2, no describe si la apertura fue completa o dejó estos extremos para evitar esta secuela, en su protocolo quirúrgico.

10. La evolución clínica y de neurofisiología, es de una afectación nerviosa cubital y mediano por lo que se indica cirugía de revisión de ambos nervios en sus túneles.

11. El hallazgo quirúrgico que describe la Dra. 4 que existe un defecto de apertura del túnel del carpo tanto proximal como distal posiblemente se deba para evitar la pérdida de fuerza de prensión. Igualmente, la importante fibrosis cicatricial en los nervios mediano y cubital, es inherente a toda cirugía, y no se pueden evitar este fenómeno postquirúrgico.

12. La variante Martin Gruber, la hemos comentado en las consideraciones médicas, por lo que en pacientes con alteraciones del nervio mediano (como es el síndrome del túnel carpal), no presentan alteraciones completas. Esta anastomosis involucra casi exclusivamente axones motores, siendo muy inusual la participación de axones sensitivos. No existiendo consenso en la bibliografía sobre los músculos que inervan, por lo tanto, esto implica una anomalía de conducción, con manifestaciones clínicas, no concluyentes.

13. En el control evolutivo del HUBU vuelve la sintomatología y las alteraciones neurofisiológicas, por lo que no tiene indicación de una nueva cirugía, pues posiblemente se ha desarrollado una nueva fibrosis postquirúrgica.

14. Atendidas las anteriores consideraciones y la evolución clínica descritas anteriormente, podemos afirmar que la sintomatología del paciente puede guardar una relación de causalidad íntima y directa con la intervención que le fue practicada y que produce la fibrosis y el factor de riesgo (fumador) que tiene el paciente que ya estaban manifestados en el primer estudio neurofisiológico efectuado. Igualmente, puede tener un componente congénito profesional, pues fue intervenido previamente del STC derecho.

Ahora bien, hay que señalar igualmente que dichas secuelas no pueden ser imputadas, como pretende la demanda, a una asistencia inadecuada por parte de los profesionales del sistema sanitario, que intervinieron en la asistencia del reclamante. Por el contrario, su actuación y posteriormente el control postoperatorio en el sistema sanitario, al utilizar los recursos que en cada momento el estado de aquella demandaba, fue correcta y conforme con las exigencias de la lex artis profesional, y lo fue por las siguientes razones:

a) Porque la cirugía estaba indicada en este caso.

b) Porque la intervención contaba con información

c) Porque el acto quirúrgico se desarrolló sin incidentes desde el punto de vista técnico.

d) Porque las complicaciones surgidas han supuesto la materialización de varios de los riesgos del procedimiento que, aunque infrecuentes, está profusamente documentados en la literatura científica, y cuya aparición es imprevisible e inevitable según el estado actual de la ciencia médica”.

Sexto

Con fecha 13/05/2024 consta en el expediente el informe de la Inspección médica, emitido por la Dra. 8, quien después de realizar una descripción de los hechos acaecidos, establece las siguientes conclusiones:

- “1. En el año 2020, el asegurado es estudiado por referir una clínica compatible con Síndrome del Túnel del Carpo (STC) izquierdo, con el antecedente de haber sido intervenido en el 2003 del STC derecho. Tras la exploración médica, se le realiza un electroneurograma informado como “STC moderado en mano izquierda” y se le plantea la intervención quirúrgica como tratamiento indicado en la literatura médica para estos casos.*
- 2. Al interesado, se le explica en qué consiste la intervención y sus riesgos y posibles complicaciones. Todo ello se le entrega por escrito en el Consentimiento informado que el reclamante firma.*
- 3. El 16/12/2020 se somete a la cirugía programada, que transcurre sin incidencias. A pesar de ello, la clínica de dolor y sensación de hormigueo parecen persistir meses después de una cirugía de este tipo y así se recoge en el consentimiento informado firmado por el interesado antes de la intervención, como reaparición de sintomatología. Dicho aspecto no se puede considerar derivado de una mala técnica quirúrgica, ya que la cirugía no garantiza la curación completa en la totalidad de los casos, como ha quedado reflejado en numerosos estudios médicos.*
- 4. Con la persistencia de la clínica referida por el interesado, se le realiza un nuevo electroneurograma en agosto de 2021, donde se describe la afectación de la parte sensitiva del nervio cubital y una afectación del nervio mediano, aspectos que también están reconocidas como posibles complicaciones de la intervención: lesión de la rama sensitiva y/o motora del nervio mediano y la lesión de estructuras del paquete cubital.*
- 5. Ante la falta de mejoría con tratamiento rehabilitador, se decide su valoración por un equipo especializado en medicina plástica y reparadora del miembro superior (microcirugía) en el Hospital de Burgos. Allí se le somete a una segunda intervención, con buenos resultados.*
- 6. Sin embargo, pese a la valoración por múltiples especialistas y la realización de numerosas pruebas complementarias, tanto el HUSP como en el Hospital de Burgos, el reclamante sigue refiriendo dolor y sensación de hormigueo en la mano izquierda, sin poder llegar a un diagnóstico objetivo que justifique dicha sintomatología.*
- 7. Por otra parte, en las notas evolutivas de los especialistas del HUSP podemos encontrar expresiones como «no queda claro el motivo por el que se acude. Puede ser un informe para inspección». En el mismo sentido, la especialista que le atiende en el Hospital de Burgos deja anotaciones como: «persiste anestesia de 5º y borde cubital del 4º, aunque no se correlaciona con los hallazgos intraoperatorios» y «persiste mal, parece que lo que quiere es una incapacidad».*
- 8. Ha quedado demostrado que el reclamante no ha sido en ningún momento desatendido tanto por el Servicio Público de Salud de La Rioja como por el Hospital de Burgos, proporcionándole las pruebas, las valoraciones por especialistas y los tratamientos necesarios en cada momento con el fin de intentar mejorar su situación.*

9. Revisando de una manera más amplia la historia clínica del demandante, se detecta que desde el año 2001, viene refiriendo «dolores en los codos, muñecas, cuello, rodilla, etc.». Por los que ha sido valorado en sucesivas ocasiones por diferentes especialistas (traumatología, neurología, reumatología, rehabilitación, servicio de urgencias, etc.). Sin embargo, durante estos veinte años, después de numerosas pruebas y estudios no se ha podido objetivar patología alguna que justifique esa sensación de dolor que refiere el demandante, ni en las manos, ni en el resto de las articulaciones”.

Finalizando: “Por lo expuesto, no se han encontrado datos que indiquen que la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Público de Salud de La Rioja haya sido incorrecta y que no se haya actuado, en todo momento, conforme a la lex artis”.

Séptimo

Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a la reclamante con fecha 17 de junio de 2024.

El 10/07/2024, el reclamante, por medio de su representante, presenta escrito de alegaciones en el que incorpora informe médico de la Dra. 9, Doctora en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Legal y Forense, Master en valoración del Daño corporal y Especialista el Derecho sanitario, pero que expresa en su literalidad el contenido del escrito inicial de reclamación de fecha 09/01/2024, del que reflejamos la parte final de sus consideraciones médico legales, en las que afirma:

“Se deriva a la unidad de microcirugía del Hospital de Burgos.

Se interviene el día 22-07-2022 por recidiva túnel del carpo y posible neuropatía cubital en canal de Guyon. En la cirugía evidencian que el túnel del carpo no estaba correctamente liberado y había fibrosis tanto en Mediano como dentro del Canal de Guyon. Aunque la lesión del Nervio Cubital en este tipo de cirugías es posible, pero denota una mala técnica, lo mismo que no liberar el nervio de forma completa lo que no soluciona el problema u obliga a realizar una nueva cirugía.

Conclusiones: A criterio del presente perito en este caso no se actuó en todo momento acorde a la Lex artis, realizando una inadecuada técnica quirúrgica que conllevó una apertura incompleta del túnel del Carpo y una lesión del Nervio cubital, precisándose reintervención para abrir de forma completa el túnel y realizar neurectomía de ambos nervios”.

La documentación de las alegaciones, se completa con un informe médico pericial del paciente en materia de incapacidad permanente por parte del Dr. 10, sobre “Control y Seguimiento de lesionados”, junto a copia de la Sentencia núm. 112/24 del Juzgado de lo Social núm. 2 de Logroño de 3 de junio de 2024, por la que se declara la incapacidad permanente total del reclamante.

Octavo

En fecha 25/09/2024, se formula la Propuesta de resolución en el sentido “*Que se desestime la reclamación porque el daño alegado, cuya reparación se solicita, no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios*”.

Noveno

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el día 26 de septiembre de 2024, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 10 de octubre de 2024.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 14/10/2024, registrado de entrada en este Consejo el mismo día, la Consejería de Salud y Políticas Sociales, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 14/10/2024, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Presidente según se señala en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

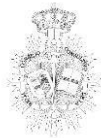
El reclamante interesa una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 500.000 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPACAP, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPACAP, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

Requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LRJSP y 65,67,81, 91.2 LPACAP) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la



actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “*seguro a todo riesgo*” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro dictamen D.3/07, “*la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo*”.

Como señala la STS de la STS, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, ECLI:ES:TS:2005:2943, en su FJ 4º, que: “*«...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*”.

Tercero

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

1. En relación con el criterio de imputación objetiva aplicable en materia de

responsabilidad sanitaria, debe recordarse que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente, y que convertiría a la Administración sanitaria aseguradora de cualquier resultado negativo, el Tribunal Supremo (STS -Sala de lo Contencioso-Administrativo- de 13 de noviembre de 2012 ECLI:TS:2012:7272) tiene sentado el criterio de que:

“La responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, mas, en ningún caso, como garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento en que se produce el hecho acaecido pone razonablemente a disposición de la Medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario, no se deriva del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles.

En otros términos, que la Constitución determine (en su) artículo 106.2 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, en todo caso, el daño alegado deberá ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas, no significa que la responsabilidad objetiva de las Administraciones públicas esté basada en la simple producción del daño, pues además de éste debe ser antijurídico, en el sentido de quien lo padece no tenga obligación de soportarlo por haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento»”.

2.Cabe recordar que la *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de la Administración sanitaria, consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente según el estado actual de la ciencia al respecto y los vigentes protocolos profesionales de actuación. Como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007 (ECLI:TS:2007:5763 y ECLI:TS:2007:4902):

*“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que **no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo**, ya que no le es posible a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente..., **aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si esta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste**”.*

3.Con independencia de lo anterior, este Consejo ha reiterado, en buen número de dictámenes que, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se

pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja número 206/2008, de 12 de septiembre, ECLI:ES:TSJLR:2008:292, que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

*“En aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 del Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (Semper necesitas probandi incumbit illi qui agit) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega (ei incumbit probatio qui dicit non qui negat) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (notoria non egent probatione) y los hechos negativos (negativa non sunt probanda). En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras). **En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”.***

4. Pues bien, en el presente supuesto, el reclamante afirma respecto a la intervención quirúrgica (IQ) realizada el 16/12/2020, que, se ha producido un daño consecuencia de una inadecuada intervención quirúrgica que conllevó una apertura incompleta del túnel del Carpo y una lesión del Nervio cubital, precisándose reintervención para abrir de forma completa el túnel y realizar neurectomía de ambos nervios, consecuencia de todo ello existen secuelas definitivas que han originado un daño que debe ser indemnizado.

Por tanto, la reclamación se sustenta en que una segunda intervención quirúrgica (IQ) de fecha 22/07/2022, al que fue sometido el reclamante consecuencia de su derivación al Hospital de Burgos, evidencia que *“el túnel del carpo no estaba correctamente liberado y había fibrosis tanto en el Mediano como dentro del Canal de Guyon, lo mismo que el nervio estaba liberado de forma completa”*, considerando por tanto el reclamante, avalado por el informe pericial adjunto a su escrito de alegaciones, de la Dra. 9, que no se actuó en todo momento acorde a la *lex artis*, en la intervención del 16 de diciembre de 2020, en el HUSP de Logroño.

-En relación con este extremo, en los antecedentes encontramos por una parte la tesis del reclamante:

Tanto el escrito de reclamación como el informe de la Dra. 9, argumentan su reclamación fundamentalmente en la documentación del Hospital de Burgos, en concreto de la descripción de la (IQ) que realiza la Dra. 4. No hay ninguna prueba, ni documentación más, por el que pudiera sustentarse que la primera intervención del 16/12/2020 en el HUSP de Logroño se hubiera realizado con una inadecuada técnica quirúrgica.

-Refutando la tesis de la reclamación encontramos las siguientes argumentaciones:

a) El informe de la aseguradora del SERIS, emitido por *CRITERIA* el 10/05/2024 por el contrario, expone:

“El hallazgo quirúrgico que describe la Dra. 4 que existe un defecto de apertura del túnel del carpo tanto proximal como distal posiblemente se deba para evitar la pérdida de fuerza de prensión. Igualmente, la importante fibrosis cicatricial en los nervios mediano y cubital, es inherente a toda cirugía, y no se pueden evitar este fenómeno postquirúrgico.

La variante Martin Gruber, la hemos comentado en las consideraciones médicas, por lo que en pacientes con alteraciones del nervio mediano (como es el síndrome del túnel carpal), no presentan alteraciones completas. Esta anastomosis involucra casi exclusivamente axones motores, siendo muy inusual la participación de axones sensitivos. No existiendo consenso en la bibliografía sobre los músculos que inervan, por lo tanto, esto implica una anomalía de conducción, con manifestaciones clínicas, no concluyentes.

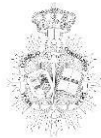
Atendidas las anteriores consideraciones y la evolución clínica descritas anteriormente, podemos afirmar que la sintomatología del paciente puede guardar una relación de causalidad íntima y directa con la intervención que le fue practicada y que produce la fibrosis y el factor de riesgo (fumador) que tiene el paciente que ya estaban manifestados en el primer estudio neurofisiológico efectuado.

Igualmente, puede tener un componente congénito profesional, pues fue intervenido previamente del STC derecho.

Ahora bien, hay que señalar igualmente que dichas secuelas no pueden ser imputadas, como pretende la demanda, a una asistencia inadecuada por parte de los profesionales del sistema sanitario, que intervinieron en la asistencia del reclamante. Por el contrario, su actuación y posteriormente el control postoperatorio en el sistema sanitario, al utilizar los recursos que en cada momento el estado de aquella demandaba, fue correcta y conforme con las exigencias de la lex artis profesional”.

b) El informe de la Dra. 2, del Servicio de Traumatología del HSP de fecha 21/02/2024, en relación a la primera intervención, contempla lo siguiente:

“En el primer registro EMG tras cirugía del 16/12/2020 se encuentra una mejoría de conducción de nervio mediano respecto al previo, encontrándose en límites de la normalidad, con lo cual concluimos que el nervio mediano estaba liberado, y el 2º registro, aunque hay un atrapamiento leve siguen siendo mejores las conducciones que previo a la cirugía.



En el Master sobre cirugía de STC recurrente publicado en 2016 se describe que la recidiva de la clínica tras la cirugía primaria es del 1-31% de los casos, según la serie. De éstos, requieren nueva intervención aproximadamente el 5-12% (7,5,6,2), ya que las medidas más conservadoras no suelen resultar efectivas.

En el libro de neuropatía y de atrapamiento (Antonio García López) enumeran como complicaciones del tratamiento quirúrgico del STC las complicaciones nerviosas: la lesión del nervio cubital y la recidiva de la sintomatología es casi siempre secundaria a la fibrosis perineural o a un cuadro de sinovitis de los flexores (como ha ocurrido en el caso de este paciente) ”.

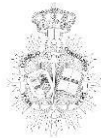
c) Finalmente, el informe de la Inspección médica, emitido por la Dra. 8, en que se afirma:

“El 16/12/2020 se somete a la cirugía programada, que transcurre sin incidencias. A pesar de ello, la clínica de dolor y sensación de hormigueo parecen persistir meses después de una cirugía de este tipo y así se recoge en el consentimiento informado firmado por el interesado antes de la intervención, como reaparición de sintomatología. Dicho aspecto no se puede considerar derivado de una mala técnica quirúrgica, ya que la cirugía no garantiza la curación completa en la totalidad de los casos, como ha quedado reflejado en numerosos estudios médicos”.

5. Criterio del Consejo

Este Consejo Consultivo comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución, por cuanto, efectivamente, tal y como señalan los facultativos que intervinieron en la atención al paciente, como la Inspección médica y el informe médico pericial, concluyen que atendidas todas las circunstancias, concurrentes, los profesionales sanitarios actuaron conforme a los protocolos, técnicas y conocimientos adecuados al caso concreto, es decir, cumplieron con la *lex artis ad hoc*, descartando con rotundidad la existencia de *mala praxis* en la atención sanitaria recibida en el HUSP, ya que en virtud de los informes emitidos:

- i) El paciente tenía el antecedente de intervención (STC) en la muñeca derecha, del año 2003, y diversas patologías previas.
- ii) El diagnóstico y la cirugía indicada eran los correctos para este caso.
- iii) La intervención de fecha 16 de diciembre de 2020, contaba con consentimiento informado, en el que se recogían expresamente: reaparición de síntomas, daño a la rama sensitiva y/o motora del nervio mediano, daño a estructuras del paquete cubital (como el nervio cubital) y rigidez en las articulaciones de los dedos.
- iv) La intervención se desarrolló sin incidentes desde el punto de vista técnico.
- v) Las complicaciones surgidas han supuesto la materialización de varios de los riesgos del procedimiento que, aunque infrecuentes, está profusamente documentados en la literatura científica, y cuya aparición es imprevisible e inevitable según el estado actual de la ciencia médica.
- vi) Ante la evolución del paciente, fue derivado al Hospital Universitario de Burgos, donde le fueron



realizadas nuevas pruebas, seguimiento continuado, siendo intervenido nuevamente previo consentimiento informado.

En definitiva, el reclamante, no ha acreditado la existencia de un error atribuible a una asistencia sanitaria negligente, ni la omisión de pruebas exigibles, según la ciencia médica, en atención a las circunstancias concretas del paciente, aportando únicamente una valoración subjetiva del proceso asistencial seguido, mientras que, en sentido inverso, obran en el expediente diversos juicios técnicos que descartan que, en este caso, se haya producido una actuación contraria a la *lex artis ad hoc*.

Así las cosas, quedaría excluida la responsabilidad de la Administración en atención a su actuación diligente y conforme a la *lex artis*.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no haberse acreditado la concurrencia de criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja, que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO DE LA RIOJA