

Dictamen nº: **469/20**

Consulta: **Consejero de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **20.10.20**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 20 de octubre de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ...., por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario 12 de Octubre en el tratamiento de un síndrome de túnel carpiano.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 27 de diciembre de 2018 en el registro de la Oficina de Atención al Ciudadano Villaverde del Ayuntamiento de Madrid dirigida al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) la interesada antes citada, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario 12 de Octubre en el tratamiento de un síndrome del túnel carpiano diagnosticado en marzo de 2007 (folios 1 a 5 del expediente administrativo).

Refiere que inicialmente fue tratada con férulas y que el día 23 de diciembre de 2015 fue intervenida para liberación del medio

derecho del túnel carpiano. Se procedió a la retirada de puntos el día 11 de enero de 2016 y con fecha 10 de febrero acudió “*al médico para baja, radiografía y rehabilitación*”. Expone que en el Servicio de Traumatología informó sobre las molestias y dolores que padecía; que fue derivada al Servicio de Rehabilitación teniendo que presentar una queja en el Servicio de Atención al Paciente por la demora en la atención por dicho servicio; dice que una vez finalizado el tratamiento rehabilitador persistía el dolor y tenía hormigueo por lo que fue valorada en su mutua laboral donde le indicaron que tenía que intervenirse de nuevo.

Según manifiesta en su escrito, la segunda intervención tuvo lugar el día 13 de julio de 2017. Al persistir las molestias, la reclamante explica que fue derivada al Servicio de Rehabilitación y, tras finalizar el tratamiento, fue dada de alta en dicho servicio, pendiente de revisión en Traumatología y control por su médico de Atención Primaria.

Explica que tras esta segunda intervención continuó con una situación de dolor persistente, adormecimiento y pérdida de fuerza, que impiden el ejercicio de cualquier función relacionada con la actividad que desarrollaba hasta ese momento. En ese sentido, dice que había estado de baja desde el día 23 de diciembre de 2015 hasta el día 21 de diciembre de 2016 como prueba su informe de vida laboral que acompaña.

La reclamante manifiesta que el día 7 de marzo de 2017 acudió a su médico de Atención Primaria para solicitar nueva valoración de su situación, siendo derivada al mismo especialista que la había intervenido, a la Unidad del Dolor y al Servicio de Neurología. Refiere que en este último servicio se le realizó una prueba el día 1 de diciembre de 2016 que informó que no había “*datos de atrapamiento mediano izquierdo*”. Dice que según un informe de 14 de diciembre de

2017 persisten los síntomas de dolor y adormecimiento y que, valorada por otro traumatólogo que le indicó que “*no me debían haber operado por no existir diagnóstico de atrapamiento del túnel carpiano derecho*”.

La interesada no cuantifica el importe de la indemnización solicitada y acompaña con su escrito con copia de diversos informes médicos relacionados en su escrito, informe de vida laboral, así como diversa documentación relativa a su situación laboral y hoja de citación para el Servicio de Rehabilitación (folios 6 a 29).

**SEGUNDO.** - Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen:

La reclamante, nacida en 1967, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, úlcera gástrica y episodio de cuadro de debilidad y alteración sensitiva braquial crural izquierda al despertar con resonancia magnética craneal normal en 2013, había sido diagnosticada por el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, según informe de 7 de marzo de 2007, de síndrome de túnel del carpo (STC) bilateral que precisó férulas.

El día 14 de mayo de 2015, fue vista en consulta de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario 12 de Octubre. Según resulta del informe médico, acudía con el resultado de un electromiograma de mano derecha. Sin alteraciones. “*Phalen claramente positivo*” y añade: “*Dado que actualmente no existe lesión nerviosa intentar tratamiento con ortesis nocturna y valorar en 3 meses*”.

El día 14 de julio de 2015 se realizó nuevo electromiograma que se informó como sigue: “*no se encuentran datos de atrapamiento de nervio mediano. Electromiograma dentro de los rangos de normalidad*”.

El día 14 de diciembre de 2015 fue vista en consulta del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre haciendo constar: “*Pese a ortesis tiene dolor diurno. Por la noche se mantiene asintomática, pero durante el día es limitante el dolor*”, por lo que se le propuso tratamiento quirúrgico. Ese mismo día, 14 de diciembre de 2015, la paciente firmó el documento de consentimiento informado para la intervención de síndrome del túnel del carpo derecho (STC D) mediante “*liberación LACC (sic)*” en el que se advertían como posibles complicaciones: lesión del nervio distal, infección, necrosis cutánea, cicatriz sensible y/o adherencia, persistencia de síntomas, recidiva de síntomas.

El estudio preoperatorio se realizó el día 21 de diciembre, calificándose a la paciente con riesgo anestésico ASA III y firmando, ese mismo día, el documento de consentimiento informado para la anestesia.

La intervención tuvo lugar el día 23 de diciembre de forma ambulatoria en el Hospital Universitario 12 de Octubre consistiendo en: “*Liberación de nervio mediano derecho, con anestesia regional, isquemia en antebrazo derecho, mediante apertura de túnel carpiano con sonda acanalada. Piel con 3/0. Vendaje*”. La paciente fue dada de alta ese mismo día con indicación de analgésicos habituales en caso de dolor, indicación de mano elevada y movilización frecuente de los dedos y revisión en consultas externas de Traumatología el día 11 de enero de 2016.

La paciente acudió a su cita programada el día 11 de enero. Según figura en la historia clínica habían transcurrido 2 semanas desde la intervención y la paciente refería estar “*algo mejor del dolor nocturno*” (folio 63).

Como plan se indicó: retirada de puntos, ejercicios de dedos-muñeca y cita en consultas externas en un mes.

El día 19 de enero de 2016 fue atendida en su mutua laboral. A la exploración, presentaba buen aspecto del área quirúrgica con dolor intenso en la misma y refería dolor irradiado a cara anterior del antebrazo, *“peor por la noche”*.

El día 10 de febrero de 2016 la reclamante fue vista nuevamente en consulta de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. Según la historia clínica, pasadas 6 semanas tras la liberación del nervio mediano derecho, *“siguen los dolores y el adormecimiento de la mano”*, solicitándose interconsulta al Servicio de Rehabilitación y cita en consultas externas en 2 meses.

Ante la demora en la cita dada por el Servicio de Rehabilitación, la reclamante formuló una queja en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario 12 de Octubre el día 7 de abril de 2016.

El día 7 de abril de 2016 la paciente se realizó nuevo electromiograma en su mutua laboral. El informe de dicha prueba dice: *“Lesión de nervio mediano derecho a su paso por el carpo de carácter desmielinizante y grado leve. El estudio de nervio cubital derecho sensitivo y motor es normal”*.

Con fecha 22 de abril de 2016 acudió a la cita programada en consultas externas de Traumatología. Habían transcurrido 3 meses desde la intervención y según se recoge en la historia clínica, *“sigue con dolor importante. La han hecho EMG en la Mutua y viene informado como STC leve”*.

El 27 de abril de 2016 fue atendida en consulta de Rehabilitación del Hospital Universitario 12 de Octubre, reflejándose que persistía adormecimiento de 1º, 4º y 5º dedos por la noche y que había iniciado hacia 2 días el tratamiento rehabilitador en su mutua.

El tratamiento rehabilitador finalizó el día 1 de junio de 2016 en su mutua. Refería seguir con dolor y parestesias, extensión hacia antebrazo.

Con fecha 8 de junio de 2016 acudió nuevamente al Servicio de Rehabilitación, tras finalizar el tratamiento rehabilitador en su mutua laboral (FREMAP). No aportaba informes. Refería haber hecho 22 sesiones de baños de parafina + masoterapia + US (ultrasonidos) + magnetoterapia + TENS + CNT y decía que se encontraba peor. *“Persiste dolor y hormigueo”*. La paciente se encontraba en tratamiento con zaldiar y comentó que en la mutua le habían dicho que quizás tuvieran que intervenirla nuevamente y que tenía cita en Cirugía Ortopédica y Traumatología para el día 27 de junio de 2016.

Ese día, 27 de junio, la reclamante fue atendida por el Servicio de Rehabilitación y por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. En el primero de los servicios citados se observó *“Cicatriz eutrófica, mínimamente adherida a planos subcutáneos y muy dolorosa a la palpación”*. Refería que el dolor se irradiaba a eminencias tenar e hipotenar. *“No cambios sudomotores. Puño completo. Pinza polidigital TT con resistencia muy leve con V dedo”*. Oposición: 8/10. Balance articular (BAA) muñeca derecha: completo. Balance muscular (BM): 4/5 global. Por lo que fue dada de alta por el Servicio de Rehabilitación con indicación de seguimiento por el Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En relación con la visita a consultas externas del Servicio de Traumatología de ese mismo día, 27 de junio, en la historia clínica se recoge que persistían dolores. *“STC derecho, trae EMG realizado en FREMAP: lesión desmielinizante de grado leve. Nervio cubital normal. LE (lista de espera) (LE) y CI para reintervenir”*.

Ese día, 27 de junio, la paciente firmó el documento de consentimiento informado para cirugía de recidiva de *“STC derecho”*

mediante reliberación del túnel del carpo, con la advertencia de los riesgos de infección, vascular nervioso, recidiva, rigidez y el ofrecimiento, como alternativa a la cirugía, de tratamiento conservador.

El día 13 de julio de 2016 tuvo lugar, de forma ambulatoria, la reintervención de túnel carpiano con anestesia local que consistió en revisión quirúrgica sobre incisión previa y nueva liberación de nervio mediano derecho. No constan incidencias en la historia clínica.

Al día siguiente, 14 de julio la paciente fue atendida en consultas externas de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. Refería mucho dolor y no haber mejorado con la intervención. Decía que *“el túnel se había vuelto a cerrar y gran rigidez”*. Se pidió interconsulta urgente al Servicio de Rehabilitación.

El día 9 de agosto de 2016 fue vista nuevamente en consulta de Traumatología donde se hizo constar *“Cicatriz muy dolorosa, en principio parece que clínica de TC ha mejorado. Tiene Rehabilitación el 23/09/16”*, por lo que el traumatólogo extendió nota para ver si se pudiera adelantar la cita algo. Se prescribe tratamiento con Capsaicina una vez al día, baños de contraste y masajeo de la cicatriz.

Recibió tratamiento rehabilitador desde el 24 de agosto al 6 de octubre de 2016. Según consta en el informe del día 6 de octubre de 2016: *“Ha finalizado la pauta de fisioterapia con baños de parafina, laserterapia y electroanalgesia con TENS sin mejoría alguna. En su domicilio se aplica capsaicina pero tampoco nota alivio”*. Fue dada de alta ese mismo día por el Servicio de Rehabilitación *“por techo terapéutico”*, encontrándose pendiente de revisión en Traumatología y control por su médico de Atención Primaria.

El día 7 de noviembre de 2016 acudió a revisión a la consulta de Traumatología. Habían transcurrido 3 meses y medio desde la intervención. La paciente refería “*mucho dolor en la zona de la cicatriz y dice que no puede dormir, toma paracetamol y tramadol. Con la capsaicina nota mejoría parcial. EMG (1/09/16): no STC en mano derecha. Está tomando fármacos antidepresivos y también ahora tiene picos de hipertensión arterial (HTA) y le están viendo en Cardiología*”. Se indicó como plan la administración de parches de Versatis y cita en consultas externas en un mes.

Con fecha 19 de diciembre de 2016 la reclamante acudió nuevamente a la cita programada en la consulta de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. Habían pasado 5 meses desde la reintervención. Según consta en la historia clínica, “*nota bien los dedos pero persiste la molestia en la cicatriz y la pérdida de fuerza, igual que desde la reintervención, duerme bien porque toma lorazepam. Refiere dolor con los movimientos de muñeca (flexión-60° y extensión-60°)*”. En tratamiento con parches de Versatis cada 12 horas, crema capsaicina y paracetamol-tramadol (cada 8 horas.). El electromiograma de mano izquierda no mostraba lesión del nervio mediano izquierdo. Se solicitó interconsulta a la Unidad del Dolor para valorar dolor local en zona de incisión quirúrgica tras la reintervención.

El día 9 marzo de 2017, según su médico de Atención Primaria, “*tras terminar rehabilitación refiere cierta mejoría del dolor, pero síntomas en la mano izquierda de dolor y adormecimiento desde el brazo hasta el hombro*”.

En la revisión realizada a la paciente el día 4 de diciembre de 2017 en la consulta de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre se recoge en la historia clínica que persistía el dolor en cicatriz e inicio de síntomas de nervio mediano derecho por la noche.

Vista en la Unidad del Dolor sin tratamiento. Se comentó el caso con otro especialista de dicha unidad y se dio cita con él solicitando una radiografía de la mano (para ver la articulación STT) y nuevo electromiograma de mano derecha.

El día 9 de abril de 2018 la reclamante fue atendida por el responsable de la Unidad de mano y codo del Hospital 12 de Octubre. A la exploración presentaba “*dolor TM + STT + eminencia hipotenar y borde cubital, irradiación antebrazo. EMG mano derecha normal*”. Se solicitó resonancia magnética.

Con fecha 13 de abril de 2018 la reclamante fue vista por primera vez en la consulta de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Refería dolor y parestesias persistentes en los tres primeros dedos de mano derecha y cervicobraquialgia derecha desde occipital.

Exploración física: Phalen dudoso. Molestias en cicatriz, no dedos, con Tinel y Phalen. Se solicita nuevo electromiograma.

El día 16 de mayo de 2018 fue nuevamente atendido en la consulta de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz para valorar el electromiograma que se informa “*dentro de la normalidad (nervios medianos, cubital y radial superficial derecho e izquierdo)*”.

Con fecha 21 de mayo de 2018 fue atendido en la consulta de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre para valorar el resultado de la resonancia magnética realizada que se informó el día 30 de abril como sigue: “*Cambios postquirúrgicos (túnel carpo), objetivándose retracción subcutánea y engrosamiento del ligamento anular del carpo (LCA). Leve derrame en articulación radiocubital distal. Pequeña lesión quística en dorso muñeca, de 4 mm de eje*

*máximo, a nivel de del carpo de 12 x 3 mm, con aparente origen a nivel de articulación entre el escafoideas y el hueso grande. Mínima tenosinovitis del extensor cubital del carpo. Sin otros hallazgos reseñables”.*

Se descartó patología quirúrgica dependiente del Servicio de Traumatología en el miembro superior derecho y se solicitó electromiograma de la mano izquierda.

El día 28 de mayo de 2018 fue atendida en revisión en la consulta de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, indicándose tratamiento con pregabalina 75 mg. y se solicitó valoración a la Unidad de la mano.

Con fecha 13 de agosto de 2018 fue valorada por la Unidad de muñeca y mano del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Se observó dolor e hiperalgesia cicatricial. Dolor a la palpación “LAC (sic)”. Tinel negativo. Parestesias 3 primeros dedos. Refiere misma clínica en lado contralateral y cervicobraquialgia bilateral. *“Possible origen cervical de la clínica dado el EMG normal”*. Se solicita resonancia magnética cervical y ecografía de la muñeca derecha.

El 27 de agosto de 2018 se le realizó una ecografía articular diagnosticándose metatarsalgia bilateral, artrosis incipiente e impresión de sobrecarga mecánica.

El día 5 de septiembre de 2018 se conoció el resultado de la resonancia realizada: Liberación incompleta del retináculo flexor. Nervio cubital aplanado y con mínima alteración de su señal a nivel distal. Rotura degenerativa del fibrocartílago triangular. Derrame en articulación radiocubital distal y grado leve en articulación piso piramidal. Discreta tenosinovitis del extensor cubital del carpo.

Osteoartritis trapeciometacarpiana. Pequeño ganglión en cara volar del carpo.

Por su parte, la ecografía de muñeca realizada el día 6 de septiembre mostró leve disminución de calibre a nivel de túnel carpiano y leve abombamiento de retináculo flexor a correlacionar con datos clínicos. Signos de rizartrosis.

Con fecha 10 de septiembre de 2018 la paciente fue atendida en la consulta de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. Tras la valorar el electromiograma de la mano izquierda electromiograma de la mano izquierda, informado como normal, fue dada de alta por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre.

El 13 de septiembre de 2018 fue vista en consulta de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz por síntomas de STC sobretodo. Valoradas las pruebas realizadas se le propuso como plan la revisión del túnel +/- strickand. Tras la explicación, la paciente aceptó y firmó el documento de consentimiento informado.

Con fecha 27 de septiembre de 2018 la paciente fue vista en la consulta de Unidad de muñeca y mano del Hospital Universitario la Fundación Jiménez Díaz sospecha recidiva liberación incompleta “LAC (sic)”. Se propuso revisión quirúrgica.

El día 22 de octubre de 2018 tuvo lugar, según la historia clínica, una consulta no presencial en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Aparece en la historia clínica: *“Debido a la presencia de sintomatología a pesar de negatividad de prueba electromiografía y hallazgos radiológicos en*

*RMN de posible liberación incompleta, se propone a la paciente revisión del túnel carpiano”.*

Con fecha 16 de abril de 2019 fue vista nuevamente en la Unidad de Muñeca y Mano del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz: *“Persistencia sintomatología PO mediano D. Posible síndrome de pronador redondo. Tinnel arcada flexores +++. Hipoestesia RS +++”*. Se solicita RM antebrazo.

El día 11 de junio de 2019 fue atendida nuevamente en la Unidad de muñeca y mano. Se valoró el informe de la resonancia magnética que se informaba sin alteraciones y se propuso cirugía que la paciente rechazó al preferir tratamiento conservador.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre (folios 80 y 81), fechado el 12 de febrero de 2019, que explica la asistencia prestada a la paciente y concluye que *“se trata de un aparente mal resultado del tratamiento en quirúrgico de un síndrome del túnel del carpo en el que ni el diagnóstico ni la técnica quirúrgica realizadas discrepan de los protocolos actuales de manejo de la patología”*.

El día 5 de febrero de 2019 emite informe el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital 12 de Octubre que detalla las fechas de las asistencias prestadas por dicho servicio (folio 82).

Con fecha 28 de febrero de 2019 la reclamante presenta escrito con el que adjunta nuevamente toda la documentación presentada junto con nuevos documentos como los escritos de queja por la demora en la cita en el Servicio de Rehabilitación, informes de su mutua, y otra documentación.

Se ha incorporado la historia clínica de la paciente en el Hospital Universitario 12 de Octubre y en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Con fecha 25 de octubre de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 445 a 454) que, tras analizar la reclamación y la historia clínica de la paciente, concluye:

*“1. La asistencia prestada ha sido adecuada y conforme a la lex artis.*

*2. Aun cuando la evolución no ha sido satisfactoria, no se ha acreditado, como afirma la reclamante, que no existiera indicación quirúrgica para las intervenciones de síndrome del túnel carpiano”.*

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evaucado el oportuno trámite de audiencia a la interesada. Por escrito presentado el día 25 de junio de 2020, la reclamante presenta alegaciones en las que reitera las formuladas en su escrito de reclamación y manifiesta su disconformidad con los informes incorporados al procedimiento.

Se ha formulado propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria (folios 469 a 473) con fecha 4 de agosto de 2020 desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha

acreditado la existencia de mala praxis ni nexo causal en sentido jurídico entre la actuación facultativa y el daño reclamado.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 7 de septiembre de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 421/20, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por la Sección de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 20 de octubre de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f.a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 20 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital Universitario 12 de Octubre.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre y del Servicio de Rehabilitación del citado centro sanitario. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica de la paciente.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante, que ha efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución que desestima la

reclamación al considerar no acreditado el daño antijurídico alegado por la reclamante.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que la reclamante, intervenida por segunda vez en el Hospital Universitario 12 de octubre el día 13 de julio de 2016, fue dada de alta el día 6 de octubre de 2016 por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario 12 de Octubre “*por techo terapéutico*”, fecha que debe considerarse como *dies a quo* al tratarse del día que debe tenerse como de estabilización de las secuelas.

Si bien es cierto que con posterioridad a dicha fecha continuó siendo atendida en diversas ocasiones en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, en todas las visitas pueden considerarse estabilizadas las secuelas pues en todas las asistencias posteriores se refleja la existencia de cicatriz dolorosa y pérdida de fuerza con electromiogramas todos ellos informados como normales.

En consecuencia, la reclamación presentada el día 27 de diciembre de 2018 debe considerarse extemporánea.

En cualquier caso, aunque pudiera considerarse formulada en plazo la reclamación, no procedería el reconocimiento de la existencia de la responsabilidad patrimonial, al no concurrir los requisitos necesarios para su reconocimiento.

Así, para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

En el presente caso, la reclamante no aporta prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis en la intervención realizada por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, limitándose a alegar que la primera intervención no estaba indicada.

Sin embargo, como pone de manifiesto la Inspección Sanitaria, la paciente había sido diagnosticada de síndrome del túnel del carpo en 2007 y tratada inicialmente con férulas. La primera vez que fue atendida por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, el día 14 de mayo de 2015, se le pautó tratamiento conservador con ortesis nocturna y siete meses después refería que pese a la ortesis tenía dolor diurno limitante, por lo que se le propuso tratamiento quirúrgico. Sobre la existencia de electromiogramas con resultados normales, el médico inspector señala que “*un electromiograma normal no excluye el diagnóstico de síndrome del túnel del carpo, que de hecho ha sido confirmado por los múltiples especialistas de diferentes centros que la han atendido*”.

Como resalta el médico inspector, existe una evidencia sólida en las guías terapéuticas que recomienda el tratamiento quirúrgico mediante la liberación quirúrgica del ligamento transverso del carpo, para aliviar síntomas y mejorar la función, con independencia de la técnica quirúrgica específica; que otras referencias consultadas apoyan que el tratamiento quirúrgico produce una mayor mejoría

sintomática y funcional comparado con el no quirúrgico y que los ejercicios de rehabilitación tienen una limitada eficacia.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria considera:

*“Según consta en la historia clínica el Hospital Universitario 12 de Octubre ha dispuesto los medios y procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados y necesarios en la asistencia y seguimiento prestados al síndrome del túnel del carpo de la paciente, realizando dos intervenciones quirúrgicas tras informar de los posibles riesgos y presentar el Consentimiento Informado, y sin que se hayan constatado incidencias o circunstancias anómalas. Más allá de lo manifestado por la reclamante, no se ha evidenciado hecho o argumento que contradiga la indicación quirúrgica en este caso, más bien al contrario. La inmovilización y tratamientos previos, la indicación quirúrgica ante la prolongada persistencia de los síntomas de síndrome del túnel del carpo y la técnica utilizadas en la paciente son recomendaciones sólidas en la evidencia científica analizada y se consideran justificadas y correctas”.*

Es decir, no existe ningún indicio y mucho menos prueba alguna aportada por la reclamante de que se actuase de forma contraria a la *lex artis* sino que lo que se produjo es un riesgo conocido en este tipo de intervenciones quirúrgicas que consisten en disminuir la presión existente sobre el nervio mediano.

Por ello, debe concluirse de acuerdo con lo indicado por el médico inspector en su informe:

*“Aun cuando la evolución clínica no haya sido satisfactoria, la persistencia del dolor o la recidiva son riesgos típicos relativamente frecuentes considerados en la bibliografía analizada y que se incluyen en el Consentimiento Informado de la*

*cirugía, no habiéndose acreditado ni constatado que pueda atribuirse a una mala aplicación del conocimiento o a un error en la asistencia prestada.*

*Del análisis realizado de la información se concluye que la asistencia prestada a (...) en el diagnóstico y tratamiento de su proceso se puede considerar adecuada y conforme al conocimiento y evidencias científicas aplicables y, singularmente, a los criterios y recomendaciones establecidos en la documentación y guías clínicas sobre el manejo y tratamiento del STC referidas en la bibliografía”.*

Esta Comisión viene recordando que el valor del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes es fundamental, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al haber prescrito el derecho a reclamar y, en cualquier, al no haber acreditado la existencia de mala praxis ni concurrir la antijuridicidad del daño.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el

plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 20 de octubre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 469/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid