



Consejo Consultivo de Canarias

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

La Laguna, a 11 de junio de 2002.

Dictamen solicitado por el Ilmo. Sr. Director del Servicio Canario de la Salud en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por F.L.H.P., por daños personales como consecuencia del funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria (EXP. 49/2002 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

Mediante escrito de 26 de marzo de 2002, el Director del Servicio Canario de la Salud (SCS) solicita de este Consejo por el procedimiento ordinario del art. 15.1 de la Ley 4/1984, de 6 de julio, del Consejo Consultivo (LCCC) Dictamen preceptivo, al amparo de lo dispuesto en la citada Ley -lo que refiere al art. 10.3.6 LCCC- y 2 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), respecto de la Propuesta de Resolución (PR) que culmina el procedimiento de reclamación de indemnización incoado a instancia del hoy reclamante F.L.H.P. por las lesiones que sufre a consecuencia de la asistencia sanitaria que recibió en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), en la que fue internado tras sufrir un accidente doméstico, dependiente del indicado SCS.

2. La mencionada PR culmina un procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan y regulan tales procedimientos.

La reclamación ha sido interpuesta por el legitimado para hacerlo en cuanto lesionado, presuntamente, por la actuación de los servicios público sanitarios

* **PONENTE:** Sr. Millán Hernández.

dependientes del SCS, por lo que tiene la condición de interesado (arts. 30.1.a) de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC, y 6 RPRP).

La reclamación ante el SCS -fecha el 14 de junio de 2000- ha sido interpuesta dentro del preceptivo plazo de un año que para la interposición de esta clase de reclamaciones dispone el art. 4.2, segundo párrafo, RPRP.

En este punto ha de consignarse que, cuando se trata de lesiones físicas, como es el caso, el inicio del cómputo coincide con el momento de la curación o de la determinación del alcance de las secuelas (art. 4.2 RPRP). El paciente ingresa en la UVI el 19 de noviembre de 1998, siendo dado de alta el 14 de diciembre de 1998 (folio 249), e intervenido por la Unidad de Cirugía Plástica el 4 de diciembre de 1998, de donde recibió el alta el 14 de diciembre de 1998 (folio 546).

La reclamación está en plazo ya que los síntomas de las lesiones y secuelas por las que reclama aparecieron con posterioridad; secuelas que fueron diagnosticados y evaluados por el Servicio de Neurología (SN) del Hospital, con el alcance que resulta del informe de alta de 15 de abril de 1999 (folio 5), siendo el diagnóstico de "Síndrome mioclónico-distónico, probablemente secundario a encefalopatía post-anóxica", con reconocimiento del grado de incapacidad permanente el 2 de marzo de 2000 -con efecto de 25 de febrero de 2000 (folio 321)- confirmada el 8 de agosto de 2000 (folio 718).

En segundo lugar, tomando como "dies a quo" del cómputo la del alta del SN, que determinó las secuelas neurológicas del ahora reclamante, la reclamación también estaría en plazo, pues con anterioridad se presentó reclamación en los mismos términos ante el Organismo Autónomo administrativo Hospitales del Cabildo Insular de Tenerife -donde se integra el Hospital en el que el reclamante fue atendido- el 12 de abril de 2000 (folio 2), de cuyo conocimiento se inhibió el citado Organismo Autónomo el 17 de mayo de 2000 (folio 9) a favor del SCS, ante el que finalmente se reprodujo la inicial reclamación.

II

1. El procedimiento concluye con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de las pretensiones de la reclamante (folio 737), debidamente informada por los Servicios Jurídicos (folio 752), por cuanto las lesiones "traen causa

del accidente domestico que sufrió y no del tratamiento médico facilitado" (folio 749).

2. La reclamación se admite a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPRP. En las actuaciones consta la realización de los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuáles debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPRP). Se abrió trámite de proposición de prueba, admitiéndose la propuesta por el interesado (folio 701). Consta la emisión de informe por parte de los Servicios de Inspección, Prestaciones y Farmacia (folio 354), del Servicio de Neurología (folios 318, 367 y 380) y de la Unidad de Medicina Intensiva (folio 20), el Servicio causante de la presunta lesión indemnizable en opinión del reclamante y, por ello, de preceptiva presencia en las actuaciones (art. 10.1 RPRP).

Se procedió a la apertura del trámite de audiencia, debidamente notificado, al que compareció la reclamante formulando alegaciones (folio 727) por las que, básicamente, insiste en que fue la administración de "Halopiredol" el factor decisivo de las lesiones cuya indemnización constituye el "petitum" de su reclamación.

III

1. El reclamante no ha acreditado que las lesiones que padece hayan sido causadas por una deficiente asistencia médica. Por el contrario, de los informes médicos obrantes en el expediente se pone de manifiesto la corrección de la atención sanitaria practicada. Así, en la ficha de hospitalización, de 19 de noviembre de 1998, consta "quemaduras de 2º", sin referencia a quemaduras de las vías aéreas. En el parte del Servicio de Urgencias, consta "quemaduras de 2º y 3º grado" (folio 45). En el protocolo de intervención quirúrgica del Servicio de Cirugía General, de 19 de noviembre de 1992, el diagnóstico era de "quemaduras" superficiales de 1º y 2º en cara tórax, antebrazos y manos.

En el informe que emite la U.M.I., de 13 de mayo de 1999 (folio 20), se hace constar que el nivel de "COHb (carboxihemoglobina) era del 6.2%, como consta en la analítica realizada en recuperación de quirófano a pesar de respirar aire enriquecido con oxígeno a través de tubo orotraqueal"; después de su ingreso en la UMI, descendió a "1.4%"; el MetHb era del "0.9%".

Al ingreso en la UMI, el diagnóstico fue "quemadura de segundo grado en un 18% aproximadamente y quemadura en vía aérea", cuadro que se califica de extrema gravedad por los efectos secundarios que se producen "sobre todo en el sistema nervioso central tanto neurológicos como psiquiátricos que deja como secuelas a largo plazo" (folio 21). Cuando despierta el 28 de noviembre, se objetiva "cuadro de agitación sin que acompaña de datos de insuficiencia respiratoria o de mal intercambio de oxígeno". A partir de este día, se inicia el tratamiento con Halopiredol, que es el medicamento adecuado para "un rápido control de la agitación cuando las medidas no farmacológicas fracasan" (folio 21).

En el informe de alta de la U.V.I., de 4 de diciembre de 1998, se dice, al margen de las quemaduras superficiales, que se aprecia "estridor inspiratorio, por lo que ante la sospecha de lesión por inhalación se decide intubar para protección de las vía aérea (...) ventilación mecánica (...) ventilan adecuadamente ambos hemitórax" (folio 43). En la historia clínica se hizo constar el día 19 de noviembre "estridor inspiratorio" (...) quemadura vía aérea sup." (folio 49); el día 20, "estertores por ambos campos pulmonares. Sibilancias" (folio 53); el 21 (folio 567), "constante pérdida de aire". Se llama al neumólogo y se intenta cambiar de tubo por fibroscopia pero el t.o.t. se va a estómago y el edema de glotis impide la colocación de t.o.t. (...) atropina, adrenalina, traqueotomía"; el 25, "auscultación pulmonar limpia" (folio 59); el 27, "ventilan ambos hemitórax; mantiene algo todavía de gradiente respiratoria aunque con mascarilla (...) está aceptablemente" (folio 61); el 29 (folio 586), "taquipneico, sensación de falta de aire. Desinfla balón. La traqueotomía es nº 6 y, quizás, pequeña para él. Sigue taquipneico"; el 30, "abundantes ruidos de secreciones bronquiales"; el 2 de diciembre, "alguna sibilancia teleinspiratoria, sobre todo en campos derechos" (folio 65).

Durante su seguida estancia en el Servicio de Cirugía Plástica (S.C.P.), "el paciente empieza a notar movimientos involuntarios, bruscos, del miembro superior izquierdo, que posteriormente se extiende al resto de extremidades y cabeza, voz entrecortada y dificultad para la marcha que realiza con gran dificultad". En el informe de alta del S.C.P., de 14 de diciembre de 1998, se hace referencia a las quemaduras superficiales y de las vías aéreas (folio 181).

Se remite al Servicio de Rehabilitación, donde "tras constatar movimientos anormales, se instaura tratamiento con Piracetan", remitiéndose luego al SN para estudio.

El 26 de marzo de 1999, el paciente ingresa en el S.N. por "status mioclónico" (folio 253). En la historia clínica (folio 276) y en el informe de alta del SN, se hace constar el antecedente de "estridor inspiratorio que [hizo] sospechar lesión por inhalación (...) previamente presentó broncoespasmo en quirófano". Durante su estancia en la U.V.I. presentó "braquicardia" que revierte con adrenalina; precisó "sedación y relajación" aplicándosele "Haloperidol, Propofol, Midazolam, y Fentanilo".

Con tales antecedentes, en el SN se apreció en el reclamante "discreta amimia facial (...), discreta disartia y disfonía, entrecortado, de forma ocasional emisión de sonidos guturales (...), marcha inestable, que impresiona de atáxico-espástica, muy peculiar con tendencia a andar de puntillas (...), mioclonias difusas y asimétricas en cabeza, y tronco, extremidades y velo del paladar, que se presentan en reposo y se incrementan notablemente con la actitud y movimiento voluntario. Tendencia a la actitud distónica del M.S.I.". Síntomas que el S.N. diagnostica como Síndrome mioclónico-distónico, probablemente secundario a encefalopatía post-anóxica, consecuencia de "lesión de vías respiratorias por inhalación, que ocasionó cuadro de insuficiencia respiratoria en dos ocasiones".

En el primer mes de dicho episodio, empieza a presentar "movimientos anormales (...) de las 4 extremidades". Aunque consta la administración de "Haloperidol", "Propofol" que pudieran ocasionar un cuadro de discinesia tardía, dicha posibilidad se descarta debido a las bajas dosis administradas y el escaso tiempo de su utilización, así como a la predominancia del cuadro mioclónico sobre otro tipo de movimientos anormales". Las mioclonias ceden en un 75% con Piracetam y Clonazepan, exceptuando el MSI.

El 1 de diciembre de 1999, el SN diagnostica un "trastorno del movimiento caracterizado un síndrome parkinsoniano-mioclónico con correlato en natomofuncional en los hallazgos realizados en el SPECT cerebral" (folio 251).

Los síntomas existentes en febrero de 2000 -en que el Instituto Nacional de la Seguridad Social confirma la incapacidad permanente- incluyen el siguiente cuadro residual: "sacudidas mioclónicas esporádicas en miembro superior izquierdo y torpeza-lentitud de movimientos. SPECT cerebral: hipoperfusión del núcleo caudado derecho".

Según informe de la Asesoría Jurídica del Hospital, de 9 de mayo de 2000 (folio 13), las dosis recomendadas para adultos y vía intravenosa son "5-10 mg/12-24 horas". En casos graves, "5 mg/hora, aunque puede ser suficiente un intervalo 4-8 horas". En la mayor parte de los casos, los efectos adversos, consecuencia de la prolongación de la acción farmacológica, "afectan principalmente al sistema nervioso central (...) (10/25%) (...) parkinsonismo, acatisia y distonía (...) discinesia tardía, temblor perioral". El fármaco se administró entre los días 28 y 29 de noviembre de 1998, ambos inclusive". La dosis total aplicada fue "en el día 1, de 7.5 mg (1/2 ampolla cada 8 horas) por vía intravenosa (1 ampolla de halopiredol = 5 mg.). En el día 2º, la dosis total administrada del fármaco halopiredol fue de 120 mg. Por vía intravenosa, correspondiente a la infusión continua de 3ml/hora = 5mg/hora". La dosis aplicada fue, pues, correcta. Para casos de agitación agudos la dosis recomendada "se encuentra entre 0.5 y 10 mg. Pudiendo doblarse cada 15-20 minutos hasta el control de la agitación". Se cita también literatura científica donde se hace constar que la forma más eficaz y segura de controlar esa agitación aguda es la de "5 mg administrados en 1 minuto en forma de bolo intravenoso. Si la agitación prosigue, a los 20-30 minutos, se recomienda doblar esta dosis cada 20-30 minutos hasta conseguir la sedación del paciente. La dosis máxima por hora recomendada es de 75 mg."

2. Del relato fáctico antes descrito, se puede concluir que el reclamante fue atendido adecuadamente en cada momento para afrontar las consecuencias derivadas del hecho causal inicial, que no es otro que un incendio doméstico por la explosión de hornillo de gas que le produjo graves quemaduras superficiales que motivaron su urgente ingreso en la U.V.I. La aplicación de "Halopiredol" se hizo en cantidades razonables, por tiempo limitado que perduró la sintomatología que motivaba su aplicación (convulsiones). El cuadro clínico que surgió durante su estancia en el S.C.P. fue consecuencia no de la administración de ese medicamento, sino de la quemadura de las vías aéreas, que produjo una hipoxia determinante de la encefalitis que finalmente produjo las mioclonias que el reclamante padece, como se acredita del SPECT cerebral realizado al reclamante. Los Servicios sanitarios actuaron en todo momento con diligencia, aplicando en cada caso las medidas que el estado del paciente requería, por lo que ningún reproche puede hacerse a esa actuación, que en todo momento se atuvo a las exigencias de la "lex artis", aplicada por otra parte con suma diligencia, como se desprende de la lectura de las actuaciones que integran el expediente.

El hecho de que las quemaduras aéreas se hubieran producido a consecuencia de un hecho extra-hospitalario determina que la lesión no pueda ser asumida por el servicio público sanitario, el cual, por lo demás, hizo todo lo posible para eludir las secuelas padecidas que padece el interesado.

Ante la inexistencia de nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada y los daños que se alegan, debe desestimarse la reclamación.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho al no concurrir relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada al reclamante y las lesiones que padece.