



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 9 4 / 2 0 0 6

(Sección 1ª)

La Laguna, a 26 de junio de 2006.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por C.S.C. y M.M.M., en nombre y representación de C.S.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario. Abandono de asistencia. Técnica quirúrgica inadecuada. No se estima la reclamación (EXP. 186/2006 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, por la que se propone desestimar la reclamación de indemnización por daños, que se alega se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario, que presenta C.S.C. en nombre y en representación C.S.M., en el ejercicio del derecho indemnizatorio, al efecto contemplado en el Ordenamiento jurídico, en el art. 106.2 de la Constitución, exigiendo la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular del servicio, al estimar deficiente la actuación de los servicios sanitarios.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Se encuentra legitimada para solicitarla la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la misma Ley.

* PONENTE: Sr. Díaz Martínez.

3. Según los distintos escritos presentados por el representante del interesado, los hechos, a su juicio, ocurrieron del modo que resumidamente se recoge a continuación. El día 17 de mayo de 2004, por la mañana, el afectado se somete a una prostatectomía, debido a que se le observan retenciones urinarias. C.S.M. desde su nacimiento sufre parálisis cerebral, la cual le ha provocado que padezca de vejiga neurógena. Antes, ya había tenido problemas del mismo tipo, habiendo sido intervenido en 1999 de una esfinterotomía por el Dr. M.C.Z. Como consecuencia de la intervención se le colocó una sonda uretral, que consta de tres vías, una para entrar el líquido, otra para salir y otra para bolsa que tiene en la vejiga urinaria.

A las 21.00 horas de ese mismo día, 17 de mayo de 2004, al afectado comienza a hincharse el vientre y a convulsionar, tratándose esta última incidencia con Diazepan por el Dr. J.A.D.M., urólogo que estaba de guardia el día de los hechos. A las 23.30 horas, el enfermo empeora llamándose a un médico, pero no acudió ninguno. A la 1.30 horas, el padre y representante del interesado solicita de nuevo la visita de un médico, del urólogo de guardia, que se encontraba en su domicilio. Dicho médico no acude al Centro hospitalario hasta las 3 horas.

El urólogo de guardia, tras una breve visita al interesado, no ordena a pesar del grave estado del afectado prueba médica alguna, ya que tiene el ordenador estropeado.

Pasadas las 4 horas, el urólogo de guardia, J.A.D.M., solicita la realización de una prueba radiológica, ordenando que se le haga al paciente estando éste de pie. Sin embargo, por su discapacidad está imposibilitado para ello, realizándose con ayuda y aumentando el sufrimiento del afectado.

El interesado continúa desmejorando hasta que los padres de éste logran que el Dr. M.C.Z. atienda a su hijo, diagnosticando, alrededor de las 9 horas del día 18 de mayo de 2004, una retención de orina que ya se extendía por diversas partes del cuerpo del interesado, como las piernas y brazos. Esta retención se produjo como consecuencia de la existencia de un coágulo de sangre en la sonda. Gracias al acertado diagnóstico del Dr. M.C.Z. se pudo evitar un mal mayor que el causado por la actuación del urólogo de guardia, solicitando una indemnización por los daños físicos, psíquicos y morales sufridos por el interesado por el abandono de atención y negligencia del Dr. J.A.D.M.

4. Son de aplicación, tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, siendo una materia no desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

II

1 a 6.¹

7. Por otra parte, en cuanto a la concurrencia de los requisitos constitucional y legalmente previstos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio, previstos en el art. 106.2 de la Constitución y desarrollados en los arts. 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, se observa lo siguiente:

El interesado es titular de un interés legítimo, el cual le atribuye la legitimación activa en el procedimiento incoado, pudiendo reclamar, ya que es quien sufre el daño, teniendo por lo tanto la condición de interesado en el procedimiento (art. 31 LRJAP-PAC).

En cuanto a su representante, ha quedado suficientemente acreditado que el interesado, incapacitado desde el nacimiento y hallándose bajo la patria potestad de sus progenitores, es su hijo, de tal manera que en virtud del art. 162 del Código Civil ostentan su representación legal, pudiendo actuar en el procedimiento conforme lo previsto en el art. 32 LRJAP-PAC.

La competencia para tramitar y resolver la reclamación corresponde el Servicio Canario de la Salud, por ser el titular de la gestión del servicio prestado.

En lo que respecta al plazo para reclamar, concurre este requisito, ya que se ha reclamado dentro del plazo legalmente previsto (art. 142.5 LRJAP-PAC).

El daño por el que se reclama es efectivo, evaluable económicamente e individualizado en la persona del interesado, de acuerdo con lo prescrito en el art. 139.2 LRJAP-PAC.

¹ Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

III

1. La Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen es de carácter desestimatorio, ya que se considera inexistente la producción de un daño efectivo al interesado, declarándose que se actuó conforme a la *lex artis ad hoc*.

2. A la hora de afirmar por parte de la Administración que se ha actuado correctamente, se llevan a cabo varias argumentaciones basadas en el informe del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia del Servicio Canario de la Salud, siendo éstas las siguientes:

- El seguimiento que se le hizo al paciente y que consta en la historia clínica, dista del concepto de abandono de asistencia.

- La información recibida por el urólogo de guardia no se corresponde con la correspondiente a la existencia de un globo vesical.

- Era médicamente necesario realizar la radiografía del interesado de pie.

- El globo vesical fue debidamente tratado y no le dejó secuela alguna, siendo además una patología propia de la operación a la que se le sometió.

3. La indemnización se solicita por los daños físicos, psíquicos y morales del paciente C.S.M. a consecuencia de abandono de atención y negligencia del Dr. J.A.D.M., urólogo de guardia, y la realización de una radiografía en bipedestación, imposible para el enfermo. De los informes y de la documentación existente en el expediente se destaca lo siguiente:

A. En relación con el abandono de atención y negligencia del urólogo de guardia, Dr. J.A.D.M.

Ante el aviso del padre del enfermo, el personal de Enfermería observa, concretamente la enfermera A.M.A, sobre las 24 horas, que el paciente presenta "abdomen timpanizado y ha estado vomitando pozos de café", es decir, según informe del Servicio de Inspección, distensión abdominal y vómitos sugestivos de obstrucción intestinal. Se llama al especialista, quien pauta medicación y el enfermo "está tranquilo un par de horas, orina clara y la SV (sonda vesical) permeable".

La misma enfermera manifiesta que "a las 3 h llaman por estar muy intranquilo, veo abdomen más distendido y sigue con pequeños vómitos biliosos, se avisa al

urólogo que no quiere subir a verlo, se llama a la Supervisora y al Jefe de guardia que lo llama y sube a verlo”.

A las 3.42 horas, el urólogo escribe en la historia clínica “Me avisan por distensión abdominal. En la auscultación abdominal no peristaltismo y efectivamente abdomen distendido. Solicito RX de abdomen en DS (decúbito supino) y ortostatismo”. A las 3.47 horas dice “igualmente solicito analítica”. A las 4.38 horas solicita exploraciones complementarias y modifica el tratamiento. A las 4.57 horas hace constar que el paciente presenta “distensión de asas de delgado en placa Ds” y solicita completar el estudio “con placa en ortostático o en el peor de los casos con Ds pero con rayo horizontal”. En la placa disparada con rayo horizontal “no hay aparentemente niveles”. A las 5.39 horas, en la analítica aparece un hematocrito en límite y añade iones al tratamiento. A las 5.58 horas informa a un familiar directo que “al final de los estudios, aparentemente hay una distensión por gases, relativamente frecuente en un postoperatorio”.

De lo anterior se deduce que, hasta ese momento, los problemas que manifiesta el paciente operado son convulsiones y abdomen distendido y parético a la auscultación abdominal. En la analítica, según el Dr. J.A.D.M., se ponen de relieve ciertos déficits a los cuales atribuye las convulsiones y la paresia intestinal, que trata de corregir con la administración de iones. No se habían detectado problemas de la orina. Esto se confirma por el comentario de la enfermera A.M.A. en la historia clínica: “Como sigue convulsionando, se pone ½ valium 10 por orden de la intensivista, a las 6.30 h más tranquilo; se avisa al internista de guardia que viene a verlo pero no le cambia nada; a las 7.45 se pone otra media ampolla por convulsión; diuresis horaria 500,700, perímetro de cintura 105 y 107”. De la diuresis se informa al urólogo, quien, a las 8.40 horas escribe en la historia que duda de la fiabilidad del dato y sugiere que se obtenga con más cuidado.

Como se dice en el informe del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia, hubiera habido retención urinaria con volúmenes inferiores a 200 cc y se informa por Enfermería que las cantidades estaban en 500 y 700 cc. Lo que se observó en la radiografía fueron asas intestinales dilatadas y en el análisis alteraciones electrolíticas. El globo vesical a la exploración se manifestaría como una masa suprapúbica de consistencia semidura y en la radiografía de abdomen como masa redondeada y opaca, que se correspondería con la vejiga dilatada. La posibilidad del

globo vesical no fue, tampoco, desechada por el especialista, al ordenar el control de la diuresis horaria mediante bomba de lavado vesical a 999 ml. hora. También es de tener en cuenta que el internista de guardia, que lo visita, a primera hora de la mañana, no cambia el tratamiento.

A la vista de lo anterior, se considera que no existió abandono de atención y que el Dr. J.A.D.M. no actuó con negligencia. Los efectos del globo vesical se manifiestan con posterioridad y son tratados correctamente por el Dr. M.C.Z., según reconoce la propia familia.

B. Respecto a la realización de la radiografía en posición de bipedestación, el especialista solicita placa en ortostático y en el peor de los casos en decúbito supino con rayo horizontal. El citado Servicio de Inspección, en su informe, entiende que la posición es precisa para observar si existen niveles hidroaéreos, que orienten sobre la existencia de un cuadro de obstrucción intestinal, que son los síntomas que en ese momento presenta el paciente. Se entiende, por tanto, que la solicitud no se realiza por capricho, sino dentro de las necesidades de diagnóstico del paciente, ofreciendo una alternativa, que al fin y por las dificultades del paciente fue la que se llevó a cabo.

4. En la documentación obra un informe de la Supervisora de Área en el sentido de que el comportamiento del Dr. J.A.D.M. no fue correcto (mal humor, malos modos, tono de voz bastante elevado). Este comportamiento con la familia y el resto del personal pudiera, en su caso, ser objeto de expediente disciplinario, pero no de la presente reclamación patrimonial por daños al interesado.

5. A la vista de lo anterior se estima que no ha existido abandono de atención, ni negligencia del especialista en urología, que estaba de guardia localizada, y que la petición de radiografía en posición ortostática procede para mejor diagnóstico, a la vista de la sintomatología del paciente, ofreciendo otra alternativa, en el peor de los casos, al pedir que se realizara en decúbito supino con rayo horizontal, como al final se hizo.

En consecuencia, se estima que no se ha producido un daño al paciente como consecuencia de la atención sanitaria, que se le prestó en el postoperatorio

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.