



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 1 8 / 2 0 0 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 17 de julio de 2007.

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.A.N., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 276/2007 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 25 de mayo de 2007, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 19 de junio de 2007. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de C.A.N. al pretender el resarcimiento de un daño que se le irrogó en su persona como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud.

* **PONENTE:** Sr. Reyes Reyes.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues el escrito de reclamación se presentó el 15 de octubre de 2004, constando en su historia clínica que recibió alta de tratamiento del médico de cabecera y el psicólogo el 16 de octubre de 2003, memento en el que queda determinado el alcance de las secuelas.

III

El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según la interesada, por la siguiente secuencia de hechos:

La reclamante ingresó en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Gran Canaria el 9 de septiembre de 2002, siendo intervenida el 10 de septiembre, con anestesia general, mediante laparoscopia, de una tumoración ovárica.

Resultó, además, con diagnóstico secundario: elongación del plexo braquial, lesión que fue detectada en los primeros días del postoperatorio, acompañándose de sintomatología ansiosa.

Se le indicó control y valoración por los Servicios de Medicina Interna y Rehabilitación.

Fue valorada por el Servicio de Rehabilitación, instaurándole tratamiento.

A partir del 17 de octubre de 2002 fue controlada por el Grupo Sanitario I y la Mutua C. Se realizó estudio electromiográfico de miembros superiores que mostró la existencia de “Neuroaplasia de ambos nervios medianos a nivel del Túnel del Carpo, de intensidad moderada”. En controles posteriores se realizó TAC de columna cervical, radiografías de ambos hombros y ecografía de hombro izquierdo, que no mostraron alteraciones. Continuó con tratamiento rehabilitador y control por su Mutua, siendo remitida a C.E.T.A.L, recomendándosele “muñequera nocturna con inmovilizador palmar e incorporándose a su puesto de trabajo”.

En el mes de marzo de 2003 se solicitó interconsulta por parte del Servicio de Rehabilitación del Servicio Canario de la Salud al Servicio de Traumatología, Unidad de Mano, realizando tratamiento rehabilitador durante los siguientes periodos: del 15 de octubre de 2002 al 12 de noviembre de 2002; del 7 de enero de 2003 al 3 de febrero de 2003; y del 21 de mayo de 2003 al 30 de junio de 2003.

El 2 de julio de 2003 fue dada de alta por el Servicio de Rehabilitación, continuando el control y tratamiento por su médico de cabecera de la Seguridad Social y psicólogo, hasta la fecha del alta, el 16 de octubre de 2003.

En la actualidad la reclamante refiere sintomatología ansioso-depresiva, cervicalgia, dolor y sensación de pérdida de fuerza a nivel del hombro y miembro superior izquierdo, disminución de sensibilidad en cara anterior del antebrazo izquierdo y sensación de adormecimiento de los dedos de ambas manos, de mayor intensidad en la mano derecha.

Se aporta, junto al escrito de reclamación, informe realizado por el Dr. A.E.F., doctor en Medicina y cirugía y especialista en valoración del daño corporal, tras exploración realizada por él en el Instituto Canario de Valoración del Daño Corporal, en cuyas conclusiones se recoge, según destaca la reclamante: *“1.- Que C.A.N., como consecuencia de la intervención quirúrgica realizada en el Hospital Materno Infantil mediante anestesia general, sufrió una lesión a nivel del plexo braquial izquierdo, por lo que necesitó tratamiento médico y rehabilitador, 2.- En la actualidad las lesiones están estabilizadas resultando como secuelas un síndrome postraumático cervical; 3.- Los días de incapacidad laboral derivados de las lesiones son de 396 días sin hospitalizar, todos ellos impeditivos; 4.- Es previsible que una persona que es intervenida mediante anestesia general, pueda sufrir una lesión de estas características si no se le coloca y moviliza con las máximas precauciones; 5.- Existe*

relación de causalidad entre la asistencia médica prestada en torno a la intervención quirúrgica realizada, las lesiones sufridas y los perjuicios descritos”.

Por ello se solicita indemnización de 23.881,77 euros, según valoración efectuada en el informe aportado, que desglosa aquella cantidad en los siguientes conceptos: 4.029,30 euros como indemnización básica por lesiones permanentes: síndrome postraumático cervical (6 puntos); 402,93 euros, utilizando un 10% de valor de corrección; 17.681,40 euros por incapacidad temporal: 396 días improductivos sin hospitalización; y 1.768,14 euros, aplicando un 10% de factor de corrección a la citada cantidad.

Por otra parte, junto con la reclamación se adjunta, además de aquel informe, así como anexo documental incorporado a él, y DNI de la reclamante.

Asimismo autoriza la interesada en este escrito a acceder a su historia clínica.

IV¹

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución propugna desestimar la pretensión de la reclamante al entender que no concurren los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad objetiva de la Administración sanitaria, no existiendo, en consecuencia, la relación de causalidad que la reclamante pretende.

Argumenta la Propuesta de Resolución que el informe pericial del Instituto Canario de Valoración del Daño Corporal, aportado por la interesada, en el apartado dedicado a la relación causal afirma que *“no existen datos sobre el mecanismo de producción de la lesión referida”* y sólo hace constar la posibilidad de que una colocación inadecuada del cuello o tracción del miembro superior pudiera causar la elongación del plexo braquial. Hipótesis ésta que no queda acreditada.

Sin embargo, en el presente caso, el facultativo de la Mutua de la reclamante, el especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, y el traumatólogo Dr. M.H. manifiestan que no encuentran relación causal entre el cuadro que presenta la paciente y la intervención quirúrgica a la que fue sometida el 10 de septiembre de 2002. En efecto, en informe de 29 de octubre de 2002, del Instituto Canario de Ortopedia y Traumatología, se manifiesta expresamente que *“no hallamos relación causa-efecto con lo expresado por la paciente en cuanto a la postura forzada que*

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

mantuvo durante la intervención a la que fue sometida”; y en informe de 27 de enero de 2003, del especialista de Traumatología y Cirugía Ortopédica, se comunica que en opinión de dicho especialista no hay relación causal entre el cuadro que presenta la paciente y la intervención reciente.

Asimismo, continúa la Propuesta de Resolución, “El informe de fecha 13 de septiembre de 2002, al que alude Asesoría y que, ciertamente, recoge la existencia de un diagnóstico secundario de elongación del plexo braquial, no implica que la lesión sea consecuencia de la intervención. Al contrario, vista la documentación obrante, no sólo no existe unanimidad de criterio científico a la hora de concluir que, como consecuencia de la intervención, la reclamante sufrió la lesión (tal y como se afirma en el informe jurídico recabado), sino que, justamente al contrario, tanto el facultativo de la Mutua, como el especialista en cirugía Ortopédica y Traumatología, como las conclusiones a las que llega el informe del Servicio de Inspección y Prestación coinciden en no apreciar la existencia de relación causal entre la intervención quirúrgica y las lesiones.

El informe pericial aportado por la parte interesada, como ya se ha mencionado se basa en “posibilidades” o conjeturas (...), sin acreditar la mala praxis ni la relación causal que se presume.

Por otro lado, queda descartada dicha presunción en base a los resultados de los controles efectuados por los médicos que asisten, como se evidencia en los informes que constan en el presente expediente (entre otros, informes de valoración de la Mutua de fechas 29 de octubre, 7 de noviembre y 29 de noviembre de 2002, informe del especialista Traumatólogo de 7 de octubre de 2007, resultados de prueba objetiva EMG realizada en fecha 23 de octubre de 2002, informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 13 de abril de 2005)”.

2. Pues bien, entendemos que es adecuada a Derecho la Propuesta de Resolución, no sólo por los razonamientos en ella expuestos, los cuales, insistimos, ponen de manifiesto la ausencia de nexo causal entre el daño alegado y la intervención quirúrgica a la que había sido sometida la reclamante, sino en otros datos que pueden extraerse del expediente que nos ocupa y que refuerzan esta afirmación, al permitir corroborar que, en contra de lo señalado por el informe pericial aportado por la interesada, ésta venía padeciendo antes de la intervención quirúrgica los dolores físicos y trastornos psíquicos que ahora imputa a tal intervención.

Se recoge, en el informe emitido por el Dr. E.P.N., Jefe de Sección del Servicio de Rehabilitación del Hospital Materno Infantil, el 10 de febrero de 2005: enfermedad actual: *“Tras Laparoscopia, 10-sep-2002, nota “tirón” en hombro izq. con pérdida de sensibilidad desde el codo a la mano izq., pérdida de fuerza y parestesias en mano izquierda”*.

Sin embargo, también consta en la historia clínica de la reclamante, tal como recoge el propio informe pericial aportado por ella, que la paciente tenía parestesias en ambas manos antes de la intervención, posiblemente relacionadas con el atrapamiento del nervio mediano que presenta a nivel de ambas muñecas objetivado en el estudio electroiográfico realizado (página 10 del informe pericial, que aclara que estas parestesias se identifican en la historia clínica de la paciente, que figura como anexo del informe, en la hoja 11).

Además, en la historia clínica de la paciente, remitida por el Centro de Salud de Jinámar, consta, en fecha 29 de mayo de 2002, esto es, cuatro meses antes de la intervención quirúrgica: *“dolor torácico-hombro izquierdo diagnosticada en CS”* y *“alta vista como trastorno por ansiedad”*.

Asimismo, en cuanto a los trastornos de ansiedad de la paciente, que ahora relaciona con la intervención quirúrgica (así, en el informe pericial, a la hora de valorar la indemnización se señala que se estiman los sufrimientos psíquicos en intensidad media (4/7), siendo *“derivados del miedo, angustia, tristeza e inquietudes producidos después de la intervención quirúrgica y los tratamientos y controles a los que fue sometida”* considerándose *“de mayor intensidad que los propios sufrimientos físicos”* (página 14 de aquel informe)), sin embargo, con anterioridad se habían asociado a un “trastorno adaptativo”, por los problemas laborales, así se indica en el informe propuesta de alta, emitido por el Dr. G.F., médico del F.M., el 15 de noviembre de 2001. En este informe se señala: *“Paciente que lleva 10 meses en I.T. por Trastorno Adaptativo, con síntomas depresivos y ansiosos, leve y reactivo a conflicto laboral”*.

Igualmente consta así en la información adjunta a aquel informe los datos sobre los diagnósticos de la aquí reclamante. Así, como antecedentes personales se indica: *“T. Ansioso-Depresivo en 1998 tras separación matrimonial”*; en exploración inicial: *“Refiere mucho estrés en el trabajo, muchas horas, mucha presión por “La Gobernanta”. Tiene apatía, nervios, taquicardia, ansiedad, llanto fácil, se despierta sobresaltada por la noche; en diagnóstico de 30 de enero de 2001: “Trastorno depresivo”* (en este momento está de baja por ello). En las evoluciones se señala por

el Dr. informante que, en fecha 30 de enero de 2001 *“se encuentra con cierta ansiedad por conflicto laboral pero no impresiona de depresión, se preocupa por lo que va a cobrar y manifiesta que no quiere volver al mismo puesto de trabajo que tenía. Intentará que la empresa la ubique en otro puesto”*. Asimismo, el 13 de noviembre de 2001 se indica: *“Refiere continuar con inseguridad y apatía. Sigue acudiendo a la Psicóloga del Centro de la mujer de Telde, esta profesional le recomienda que intente coger el alta, ya que puede ser beneficioso para ella, pero se encuentra en pago directo, no tiene empresa y tiene que comenzar a buscar trabajo, esto le da miedo”*. Se recoge por el Dr. G.F. el informe emitido el 8 de noviembre de 2001, por el Dr. T., psiquiatra que atendió a la reclamante, tras ser remitida por los Servicios Médicos del F.M., para estudio e informe. Este informe, que consta en nuestro expediente y se recoge en las notas del anterior de 15 de noviembre de 2001 señala: *“Se trata de un Trastorno Adaptativo de tipo mixto, con síntomas depresivos y ansiosos, crónico. Contrasta el prolongado tiempo que lleva de baja y la levedad del cuadro clínico. Son cuadros que deben mejorar con la medicación, salvo que existan factores psicosociales estresantes que mantengan la sintomatología. A veces, la duración del cuadro va pareja al cuadro de sufrimiento percibido durante su estancia en la empresa que “tan mal me trató”. Entonces, hasta que no desaparezca la actitud reivindicativa la paciente no mejora lo suficiente como para volver al trabajo”*. Se añade por el Dr. G.F. que el Dr. T. le cambió la medicación a la paciente y la volvió a citar para consulta, sin que ésta asistiera. De todo ello el Dr. T. concluye que debe ser dada da alta por manifiesto desinterés por el tratamiento y por ser un trastorno adaptativo leve, que por otro lado no tiene por qué ser atendido en la U.S.M. Este juicio es apoyado por el Dr. G.F. que afirma: *“Apoyados en este informe y entendiendo que este proceso no requiere de baja laboral por incapacidad transitoria, emitimos por tercera vez Propuesta de Alta ante la Inspección Médica del Servicio Canario de la Salud”*.

Por todo ello puede concluirse que no cabe afirmar que la crisis de ansiedad por la que se reclama sea debida, como se alega, a los daños derivados de la intervención, pues la historia clínica de la paciente muestra que ocurre ya antes de la intervención por causas ajenas a ella, incorporándose, de hecho, a la anamnesis del preoperatorio: muy nerviosa, ansiedad; medicación: Sedotime, Dormidor.

Lo mismo puede afirmarse del daño físico, que ya se padecía antes de la intervención, como se ha justificado anteriormente.

Por otra parte, constan en el expediente propuestas de alta médica de Mutua C., de 29 de noviembre de 2002 y 20 de enero de 2003. En el primero se justifica la propuesta de alta señalando: *“Vista por nuestros traumatólogos que solicitan EMG, informa de la presencia de un STC bilateral de intensidad moderada. No hallamos relación causa-efecto con lo expuesto por la paciente en cuanto a la postura forzada que mantuvo durante la intervención. Se solicita TAC para descartar Klipell Fiel CO-C1, no muestra patología actual relacionada con lo expuesto por la paciente. Ha finalizado las sesiones de RHB realizada por la SS. Actualmente tras la exploración, pruebas realizadas y finalizada la RHB creemos que está apta para reiniciar sus actividades laborales”*.

El segundo de aquellos informes propuestas de alta, de 20 de enero de 2003, justifica así la propuesta: *“Se realizó propuesta de alta (se adjunta), siendo aceptada y posteriormente se anula. Es entonces cuando la paciente es derivada a su traumatólogo de zona. Se solicitó peritaje a un traumatólogo externo, el Dr. M.H. (SCS) (especialista en MS, Hospital Insular), el cual solicita otras pruebas (se adjunta) y llega a la misma conclusión: no hay relación causal entre el cuadro que presenta la paciente y la intervención reciente, estando apta para su trabajo habitual. (...)”*.

Y, finalmente, en todo caso, respecto del dolor físico, figura en el informe de 7 de octubre de 2003, sobre valoración funcional de ambos hombros mediante dispositivo isocinético Kim Com que: *“Los datos dinamométricos revelan muy poca fuerza voluntaria por parte de la paciente durante las contracciones activas y gran variabilidad en la dinamometría, sugiriendo que la paciente no colabora adecuadamente en la realización de la prueba. Los estudios de las curvas demuestran inconsistencias y gran variabilidad en todos los arcos de movimiento. Este patrón es compatible con un intento de simulación”*.

Por todo lo expuesto, la Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho, al propugnar que no debe estimarse la pretensión de la parte reclamante, pues no se ha acreditado nexo de causalidad entre los daños aducidos y la intervención quirúrgica, habiéndose demostrado, además, que los sufrimientos alegados que padece obedecen a causas previas a la intervención.

C O N C L U S I Ó N

Se considera ajustada a Derecho la Propuesta de Resolución objeto del presente Dictamen.