



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 7 6 / 2 0 1 0

(Sección 2ª)

La Laguna, a 6 de mayo de 2010.

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 R.N.N., en nombre y representación de J.M.V.A., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 228/2010 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la 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 22 de marzo de 2010, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 31 de marzo de 2010. 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. Se cumple en este caso el requisito del interés legítimo del reclamante, quién consecuentemente ostenta legitimación activa, actuando mediante representación acreditada, al instar el resarcimiento de un daño que, según refiere, se le irrogó

* PONENTE: Sr. Reyes Reyes.

como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

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 la 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 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. La Resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la 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 también el requisito de no extemporaneidad en cuanto al ejercicio del derecho a reclamar, pues el escrito mediante el que se insta el procedimiento de responsabilidad patrimonial se presentó el 14 de octubre de 2005, cuando aún seguían desplegándose perjuicios derivados del daño por el que se reclama, pues la última intervención relacionada con éste se realizó el 21 de noviembre de 2005.

III

1. El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según el interesado, por la siguiente secuencia de hechos:

“El día 6 de marzo de 2005 amaneció con una pequeña lesión eritematosa en su mano izquierda y que en un principio imputó a la picadura de un mosquito.

El día 9 de marzo de 2005 dicha picadura presentaba un peor aspecto encontrándose la zona de la misma caliente y dura. Ese mismo día comenzó a encontrarse mal, con astenia y vómitos. El día 11 de marzo de 2005, sobre las 14:30 horas acude al Centro de Salud de Arucas por mal estado general, ya que presentaba fiebre muy elevada (+39°C), vómitos, escalofríos, cefaleas y fuertes dolores de estómago, así como rigidez en la nuca. Tras ser observado por el médico del Centro

mencionado, éste le diagnostica «probable cuadro vírico», remitiéndolo nuevamente a su domicilio con la recomendación de guardar reposo y cama.

El día 12 de marzo de 2005 comenzó a sentirse muy mal, llegando incluso a perder la realidad, por lo que tuvo que ser llevado nuevamente y de forma urgente al Centro de Salud de Arucas, donde es remitido al Hospital de Gran Canaria «Doctor Negrín», bajo la sospecha de que pudiese padecer meningitis. Es ingresado en dicho Hospital sobre las 01:00 horas del día siguiente en estado de shock séptico, siendo remitido a la Unidad de Críticos donde se le intubó y se le conectó ventilación mecánica por fallo respiratorio agudo, además se le aprecia fallo multiorgánico con fracaso renal agudo y con trastornos de coagulación, así como rabdomiolisis. Ingresado en la UMI se le diagnostica la etiología del shock (Streptococo hemolítico grupo A), con resultado de necrosis seca de ambas piernas y distal en ambas manos, suministrándosele antibióticos.

Ese mismo día es intervenido por el Servicio de Cirugía Plástica, realizándosele amputación dedos manos derecha y colgajo inguinal y amputación distal D3-D5 de la mano izquierda con colgajos de cobertura local.

El 18 de marzo de 2005 es intervenido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, realizándosele amputación infracondílea distal de ambas extremidades inferiores.

El día 6 de mayo de 2005 es nuevamente intervenido por el Servicio de Cirugía Plástica, bajo anestesia general, realizándosele sección del colgajo inguinal y remodelación del muñón del 5º dedo mano izquierda.

En un principio se imputa como causa de la necrosis la picadura de una araña, más concretamente, una araña chilena del género de «Loxosceles» (...) ya que tienen veneno de necrotización y ha estado implicada en muchas muertes en América del Sur, siendo precisamente el Streptococo Diógenes el que se relaciona con sus mordeduras en los historiales médicos chilenos.

No obstante lo anterior, el Servicio Canario de la Salud considera que las causas que dieron lugar a amputación (...) es una septicemia producida por el llamado Streptococo Diógenes, sin que, por otro lado, explique cuáles fueron las causas que dieron lugar a dicha septicemia, más cuando el enfermo no tenía antecedentes de riesgo a dicha enfermedad ni se encontraba incurso en alguna infección de riñones o hígado.

Atendiendo a la evolución de la enfermedad, así como a las secuelas producidas, consideramos que éstas son resultado de una mala praxis de los Servicios Sanitarios, ya que lo razonable y ante el mal estado del mismo, así como de los síntomas que presentaba, lo lógico es que al menos se le hubieran realizado unas pruebas para descartar cualquier gravedad, cosa que no se hizo en un principio, lo que llevó a que dicha enfermedad se agravara con el resultado patético de las amputaciones practicadas, que lo han dejado impedido para realizar cualquier tipo de actividad laboral, incluso de tipo familiar o personal, ya que necesita ayuda para poder realizar aquellas actividades más esenciales (...)".

El reclamante, teniendo en cuenta las secuelas, la edad, daños morales y familiares, así como el perjuicio económico resultante de verse impedido para la realización de cualquier actividad de tipo laboral, reclama una indemnización que cuantifica en 617.507,71 euros (lesiones permanentes: 378.600 euros; días de baja: con estancia hospitalaria: 3.270,04 euros, impeditivos: 14.063,67 euros; lucro cesante en su trabajo: 221.574 euros).

IV

1. El plazo legalmente establecido para dictar resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC).

Por otra parte, constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

1) El 28 de octubre de 2005 se identifica el procedimiento y se insta al reclamante a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. De ello se recibe notificación el 16 de octubre de 2005, viniendo el interesado a subsanar su reclamación el 28 de octubre de 2005.

3) Por resolución de 1 de marzo de 2006, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, se suspende la tramitación del procedimiento hasta la recepción del informe del Servicio y, además, se indica la remisión a la Dirección Gerencia de Servicios Sanitarios del Hospital Dr. Negrín la documentación del expediente, para que continúe su tramitación, conforme a la resolución de 22 de abril de 2004 del Director del Servicio Canario de la Salud. El 22 de junio de 2004 se le remite la documentación. De ello se informa al interesado, recibiendo notificación el 10 de marzo de 2006.

4) Por escrito de 1 de marzo de 2006 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que se remite a la Dirección Gerencia del Dr. Negrín el 12 de agosto de 2008.

El 11 de junio de 2008 se solicitó informe del Jefe de Servicio de UMI sobre determinadas cuestiones, emitiéndose aquél el 18 de junio de 2008.

Asimismo, el 7 de marzo de 2006 se había solicitado la remisión de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital Dr. Negrín, así como en el Centro de Salud de Arucas, y aunque se responde en los días 20 y 13 de marzo de 2006, respectivamente, señalando la remisión de dicha documentación, ésta no constaba que se hubiese unido en ese momento en el expediente.

5) Por acuerdo probatorio de 27 de noviembre de 2008 se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la parte y, dado que las mismas ya obraban en el expediente, se declara concluso el trámite probatorio. De ello recibe notificación el interesado el 4 de diciembre de 2008.

6) El 17 de marzo de 2009 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, lo que se notifica al interesado el 31 de marzo de 2009, quien comparece, el 13 de abril de 2009, y solicita copia de documentación del expediente que se le entrega en ese momento, mas no consta la realización de alegaciones.

7) Ultimada la instrucción del procedimiento se remite el expediente a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 4 de junio de 2009, con informe Propuesta de Resolución de la Dirección Gerencia del Hospital Dr. Negrín en el que se desestima la pretensión del interesado. El contenido de este informe es asumido por la Propuesta de Resolución de 1 de julio de 2009 de la Secretaría General del Servicio Canario de Salud. Mas, el 22 de julio de 2009 se emite informe por el Servicio Jurídico que estima no conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, dada la ausencia de documentos esenciales en el procedimiento para poder adoptar resolución: así, historia clínica del Dr. Negrín, informe de Urgencias del Centro de Salud de Arucas, de 12 de marzo de 2005, e informe del Servicio al que se imputa el daño.

8) Ante el informe desfavorable del Servicio Jurídico, el 10 de agosto de 2009 se solicita informe de Urgencias correspondiente al día 12 de marzo de 2005, así como que se emita informe sobre protocolo de actuación, o, en su caso, las líneas directrices a seguir médicamente ante la sintomatología del reclamante en los días

11 y 12 de marzo de 2005 indicando detalladamente: si el diagnóstico fue razonable según las circunstancias, si el paciente recibió la asistencia debida en todo momento, y si se realizaron las pruebas procedentes ante su sintomatología. La solicitud de este informe se reitera el 19 de octubre de 2009 y el 1 de diciembre de 2009, viniendo a emitirse el 21 de diciembre de 2009 por la Dra. M.J.R., si bien, sin firmar, por lo que el 13 de enero de 2010 se somete a su firma, lo que hace el 8 de febrero de 2010, momento en el que se aportan nuevos datos al informe, con carácter complementario de lo ya expuesto.

Asimismo se solicita la historia clínica del paciente obrante en el Hospital Dr. Negrín, que se remite el 14 de diciembre de 2009.

9) El 1 de diciembre se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones conforme a la nueva documentación, emitiéndose el mismo el 14 de diciembre de 2009.

10) Por haber nueva información incorporada al expediente, el 8 de febrero de 2010 se vuelve a acordar nuevo trámite de audiencia, notificándolo al interesado el 15 de febrero de 2010. Además, el 15 de febrero de 2010 se le remite el nuevo informe del Servicio, que le es notificado el 1 de marzo de 2010.

El 25 de febrero de 2010 se presenta escrito de alegaciones por el reclamante.

11) El 22 de marzo de 2010 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de Salud en la que se desestima la pretensión del interesado.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, ante todo, como hace la Propuesta de Resolución, es necesario exponer los antecedentes que constan en la historia clínica del reclamante en relación con el hecho que nos ocupa.

“Según refiere, entre los días, 5 y 6 de marzo de 2005 aparece lesión eritematosa en mano izquierda con posterior empeoramiento del aspecto: caliente, indurada, empezando a encontrarse mal con astenia y vómitos.

El día 11 de marzo de 2005 acude al Centro de Salud por presentar fiebre elevada, escalofríos, vómitos, cefaleas, dolor abdominal y rigidez de nuca, según el reclamante, porque en el informe clínico de urgencias de ese día aparece en el motivo de consulta «fiebre de 39°. 1 vómito. No alteración del hábito intestinal. No dolor faríngeo. No tos». Y en el apartado de exploración figura «puño percusión

renal negativa, mvc, no ruidos patológicos. No rigidez de nuca. No dolor abdominal. Faringe normal». Tras lo cual es diagnosticado de cuadro vírico.

El 12 de marzo de 2005: empeoramiento de su estado general, llevado al Centro de Salud nuevamente, en cuyo informe aparecen reflejados sintomatología de mayor gravedad: «cianosis generalizada, taquipnea, petequias en MMII, rigidez de nuca, Babinski positivo», desde donde es enviado al hospital con sospecha de meningitis y CID.

Una vez ingresado refiere: dolor abdominal, disnea de 4 días de evolución y picadura de araña en esos días. Desarrolla shock séptico (coagulopatía, fallo renal y respiratorio agudos y rabdomiolisis). Ingresa en UMI intubado y conectado a ventilación mecánica por fallo respiratorio agudo. Se refleja en la exploración: lesión en mano izquierda, cotrosa, no necrótica, indurada, caliente y eritematosa, además de livideces en MMII y MMSS, petequias en la espalda (...) Ecocardiograma con resultado de normalidad y ecografía abdominal: esteanosis hepática, descartando colecciones intrabdominales, signos de litiasis, sin uropatía obstructiva. Se aisló *Streptococos Pyógenes* mediante hemocultivos. La etiología del shock (*Streptococo hemolítico grupo A -Streptococo pyógenes grupo A*) es tratado con antibioterapia, ventilación mecánica, técnicas de reemplazo renal y soporte hemodinámico, resolviéndose la situación de shock el 15 de marzo de 2005, extubándose el 19 de marzo de 2005. Valorado por los Servicios de Nefrología, Angiología y Cirugía Vascular por las secuelas en las extremidades del cuadro de shock séptico, presentando necrosis en los 5 dedos de la mano derecha (falanges 2 y 3), parte distal de dedos de MSI, planta del pie en MID y MII (también se relaciona la necrosis distal grave de extremidades con la administración de catecolaminas).

Por cuadro de insuficiencia respiratoria aguda severa por edema pulmonar se reintuba el 23 de marzo de 2005 con conexión a ventilación mecánica, con mejoría posterior, extubado el 29 de marzo de 2005, con deterioro de función pulmonar, precisando el 30 de marzo de 2005 nuevamente intubación. Debido al deterioro en su función renal es tratado con hemodiálisis en el Servicio de Nefrología; extubado finalmente el 1 de abril de 2005.

Por las necrosis distales en las cuatro extremidades es intervenido el día 13 de abril de 2005 realizada amputación de dedos mano derecha y colgajo inguinal y amputación distal D3-D5 mano izquierda con colgajos de cobertura local.

Valoración de MMII en la Unidad de Angiología y Cirugía Vascular con pulsos femorales y poplíteos positivos, restos ausentes, necrosis seca de ambos MMII a 10 cms. de tuberosidad tibial. El 18 de abril de 2005 es realizada amputación infracondílea distal a unos 10 cms. de la tuberosidad tibial, bilateral de ambas extremidades inferiores, con evolución favorable y controlada posteriormente por el Servicio de Rehabilitación.

El 6 de mayo de 2005 es intervenido por Cirugía Plástica: sección del colgajo inguinal y remodelación del muñón 5º dedo MI con evolución favorable, alta el 9 de mayo de 2005 con diagnóstico: secuelas de shock séptico.

10 de septiembre de 2005 se practica intervención (Cirugía Plástica): secuelas amputación dedos MD y colgajo inguinal.

El 21 de noviembre de 2005 intervención: liberación sindactilia, injerto D3-D4, mano derecha”.

2. Pues bien, en virtud de estos antecedentes y, con base en los dos informes del Servicio de Inspección y Prestaciones, la Propuesta de Resolución propugna la desestimación de la pretensión del reclamante al señalar:

“En este caso no existió error de diagnóstico ya que el paciente no presentaba el día 11 de marzo de 2005 los síntomas que presentó treinta y tres horas después, de forma brusca, y que ya han sido descritos con anterioridad.

EL diagnóstico inicial era muy difícil por los propios síntomas inespecíficos que presentaba el paciente en la fase inicial, siendo más evidentes y graves cuando la enfermedad ya se hallaba muy evolucionada. La actuación de los servicios de urgencia no influyó como elemento desencadenante del daño alegado.

Por lo tanto, a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, no puede deducirse relación de causalidad alguna, en concordancia con una mala praxis, entre el origen de la patología sufrida por J.M.V.A. y la asistencia sanitaria que le fue prestada llevada a efecto por la Administración”.

3. Se considera que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues no cabe imputar a una mala praxis por parte de los servicios sanitarios el daño por el que se reclama, por lo que es procedente desestimar la reclamación formulada.

Y ello es así porque, a pesar de lo que alega el interesado en su reclamación, la realidad de la evolución de la lesión y sus consecuencias, tal y como resulta del contenido de la historia clínica, permite entender que la actuación de los

facultativos que atendieron al paciente fue la adecuada a la sintomatología que presentaba en cada momento.

Así, se pone de manifiesto -lo que, en cuanto a los hechos relatados coincide con lo anotado en la historia clínica del paciente-, en el informe emitido por la Dra. M.J.R., quien atendió en primer lugar al reclamante:

“El día 11 de marzo de 2005, aproximadamente a las 14:41 horas, atendía a J.M.V.A., de 39 años de edad, con nº de SS (...).

Acudía por cuadro de fiebre de 39º C, 1 episodio de vómitos y ningún otro síntoma que refiriera en la anamnesis.

En la exploración que efectué no encontré:

-Signos cardio-pulmonares y abdominales patológicos.

-Alteración de la conciencia

-Rigidez de nuca

-Convulsiones

-Taquipnea, signos de hipoperfusión

El paciente no tenía antecedentes personales de interés (aunque en el informe de urgencias del día 12 de marzo de 2005, sí se menciona que es fumador de 2 cajas diarias de cigarrillos), ni refería alergia medicamentosa.

No mencionó afección alguna a nivel de extremidades, ni comentó evolución tórpida de ninguna lesión en su mano izquierda.

El paciente no presentaba signos de hipoperfusión ni sintomatología clínica de gravedad que fuera compatible con la evolución del proceso que posteriormente desarrolló”.

Así pues, esas pruebas que demanda en su reclamación para descartar gravedad, se fueron realizando a medida que los síntomas que presentaba las requerían. Así pues, en su primera asistencia, dado que sólo presentaba fiebre y un vómito, no había señal alguna que indicara más pruebas que las que se le hicieron, esto es, una exploración, en la que, por otra parte, no resultó nada anormal. Ante sus síntomas y los resultados de la exploración, la facultativo que atendió al paciente lo trató con fármacos indicados para los síntomas que tenía: antipirético, antiemético y suero

oral, remitiéndolo a su domicilio con la advertencia de que volviera si no apreciaba mejoría.

Ninguna otra prueba era necesaria en ese momento, pues, como señala el informa referido: “el paciente no notificó la existencia de cefalea, ni dolor abdominal; tan sólo un único episodio de vómito y fiebre. Por otro lado tampoco tenía, en el momento de la exploración, rigidez de nuca. Asimismo no se objetivaron lesiones dérmicas en sus miembros”.

A ello podría añadirse que de hecho el propio paciente, por un lado, señala que el día 6 de marzo de 2005 amaneció con una pequeña lesión en la mano izquierda que al principio imputó a la picadura de un mosquito, sin embargo, él mismo, apreciando que empeoraba su aspecto, y aún estando peor el día 9, no asistió al médico hasta el día 11, al no relacionar su dolencia con aquella lesión, hasta el punto de que nada de ello comentó al médico. Es más, cuando ingresa en el hospital el día 12 hace referencia por primera vez a la picadura de un insecto, sin saber siquiera cuál, pues refiere “bicho”.

Señala la Dra. M.J.R., tras hacer referencia a la mordedura de la *Loxosceles Reclusa*: “Siguiendo el orden cronológico citado por el letrado, si el paciente sufrió una picadura el día 6 de marzo de 2005, cuando fue atendido en urgencias habían transcurrido ya cinco días, con lo que debería haber sido evidente una lesión grave en su mano y hubiese sido derivado al hospital, tal como he hecho a lo largo de mi ejercicio como médico cuando he observado signos de alarma”.

Desde luego, no puede exigirse en una primera exploración clínica diagnóstico distinto al realizado, dados los dos únicos síntomas tan inespecíficos y comunes que presentada el reclamante: fiebre y un vómito.

En este sentido ha de refutarse lo que afirma el interesado en su reclamación y confirma en su escrito de alegaciones del 25 de febrero de 2010, pues lo desmiente su historia clínica, única prueba de la que disponemos, así como el informe de la Dra. M.J.R., de que *“presentaba desde un principio claros síntomas que indicaban la posibilidad de parecer una meningitis o una septicemia o cualquier otra enfermedad grave que indicase la necesidad de una atención hospitalaria inmediata y la realización de pruebas necesarias para poder descartar o confirmar cualquier sospecha, lo cual, presumiblemente hubiera evitado las posteriores secuelas que presenta actualmente”*. Esos signos que señala se presentaron el día 12, fecha en la que se remite al paciente al Hospital Dr. Negrín por urgencias y se despliegan todos los medios necesarios y adecuados, que, por otra parte, probablemente, le salvaron

la vida, pues a lo largo de todos los informes médicos y en la propia reclamación del interesado, se alude al carácter mortal de la mordedura de la *Loxosceles Reclusa*.

No puede imputarse a la Administración sólo por su presencia durante los procesos de atención sanitaria a las personas se ven precisadas de tratamiento a consecuencia de lesiones o daños físicos, pues sólo una asistencia inadecuada sería, en su caso, causa de atribución de eventual responsabilidad patrimonial, lo cual no se ha producido en el caso que ahora examinamos.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera ajustada a Derecho. Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.