



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 711/2011

(Sección 2ª)

La Laguna, a 27 de diciembre de 2011.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J., M.J. y A.T.C., en su propio nombre y en representación de D.C.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 694/2011 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 7 de noviembre de 2011, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 21 de noviembre de 2011. De la naturaleza de esta iniciativa se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen, según los artículos 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 J.T.C., M.J.T.C. y A.T.C., así como de D.C.M., actuando en representación de esta última los tres primeros, hijos suyos (a la espera

* **PONENTE:** Sr. Fajardo Spínola.

del auto que determine quién de ellos será tutor, en el proceso de incapacitación de ésta que se está tramitando ante el Juzgado de Instrucción nº 6 de Las Palmas de Gran Canaria, tal y como se acredita en el expediente), por pretender todos ellos el resarcimiento del daño moral sufrido como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud, que tuvo como consecuencia el fallecimiento del hermano de los primeros e hijo de la última, J.A.T.C.

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 artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 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 artículo 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 5 de diciembre de 2006, habiéndose producido el fallecimiento por el que se reclama el 11 de diciembre de 2005.

III

1. El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según el escrito de reclamación, por los siguientes hechos:

“Que J.T.C. acudió a las 21:24 horas del día 09/12/2005 al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín con motivo de un dolor abdominal, falleciendo a las 4:00 horas de la madrugada del día 11 de diciembre de 2005, debido a un shock séptico de origen abdominal, secundario a diverticulitis aguda perforada (...).

Que los hechos acaecidos desde que ingresó en el servicio de urgencias hasta su fallecimiento vienen descritos en el informe de dicho servicio de urgencias (que se transcribe en el escrito de reclamación) (...).

Que posteriormente al fallecimiento fue realizada autopsia por los doctores R. y A., solicitada por sus familiares, debido a las extrañas circunstancias de su fallecimiento, por lo que incluso se petitionó que se preservasen las vísceras para el posterior análisis toxicológico (...).

En dicho informe de necropsia se señala como diagnóstico: (...) CAUSA DE LA MUERTE: Shock séptico de origen abdominal, secundario a diverticulitis aguda perforada. ENFERMEDAD PRINCIPAL: Diverticulitis intestinal. Obesidad mórbida. Urolitiasis.

Que de los hechos relatados se desprende una mala praxis de los facultativos que atendieron al fallecido debido a los siguientes motivos:

1º.- Que J.T.C., no fue atendido tal y como señalan las correctas prácticas médicas, dado que estuvo durante un período de observación de más de 34 horas en donde solamente se le recetó paracetamol, para el alivio sintomático del dolor abdominal.

2º.- Que durante el transcurso de tan dilatado período de tiempo (34 horas) en el que estuvo en observación no le fueron practicadas pruebas médicas suficientes para detectar el origen de la dolencia y las únicas realizadas, lo fueron una vez que el paciente se encontraba en situación crítica, como en el caso de la CT que se le intentó hacer, lo que finalmente resultó imposible dado que el paciente no cabía en el tubo de rayos. La práctica de una sencilla radiografía hubiera evitado el desenlace fatal.

3º.- Si se hubieran realizado las pruebas médicas pertinentes a tiempo, se habría detectado el origen del dolor abdominal: diverticulitis aguda.

4º.- Debido al retraso en la práctica de las pruebas médicas adecuadas, no pudo el paciente ser intervenido quirúrgicamente dado su mala situación clínica, lo que hubiera evitado su muerte”.

Se solicita indemnización que se cuantifica en 250.000 euros.

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/92).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 18 de diciembre de 2006 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, viniendo aquéllos a aportar lo solicitado el 10 de enero de 2007, proponiendo determinados medios probatorios.

- Asimismo, el 16 de enero de 2007 se remite escrito a los interesados, notificado el 25 de enero de 2007, en el que se solicita a aquéllos la acreditación de la representación de la madre del fallecido, facilitando, asimismo, los datos de los otros hermanos interesados.

Respecto de los otros hermanos, nada se aporta. Respecto de la madre, el 1 de febrero de 2007 se aportan actuaciones llevadas a cabo en proceso judicial de incapacitación de aquélla que se tramita ante Juzgado de 1ª Instancia nº 6 de las Palmas de Gran Canaria, a instancia de sus hijas, una de las que será nombrada tutora. Asimismo, se aporta dictamen psiquiátrico donde se pone de manifiesto el estado demente de la madre de quienes actúan en su representación.

- Por Resolución de 2 de marzo de 2007 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la parte interesada. Asimismo se acuerda la remisión del expediente a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Doctor Negrín, lo que se hace el mismo día, de lo que son notificados los interesados el 8 de marzo de 2007.

- Por escrito de 2 de marzo de 2007 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que se emite el 28 de abril de 2008, tras haber recabado la historia clínica del paciente, así como informe del coordinador del servicio de urgencias del Hospital Doctor Negrín, emitido el 14 de junio de 2007.

El 13 de marzo de 2007 los interesados solicitan la documentación médica evacuada durante la asistencia al fallecido a los efectos de emitirse informe por perito médico de parte. Se les hace entrega de tal documentación el 18 de febrero de 2009.

- El 7 de julio de 2009 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas, salvo, por innecesarias, las relativas a la identificación de los facultativos que atendieron al fallecido, por obrar sus datos ya en la historia clínica, así como el interrogatorio a los mismos, pues su actuación queda reflejada en la historia clínica. Tampoco procede, dada la imposibilidad por el tiempo transcurrido desde el fallecimiento producido hasta la reclamación, la conservación de las vísceras del finado para su análisis, que ya han sido destruidas. Además, ya consta necropsia en la historia clínica.

Y, puesto que las demás pruebas propuestas por los interesados y por la Administración obran todas ya en el expediente, se declara concluso el periodo probatorio.

- El 14 de abril de 2011 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, siendo notificados los interesados y sin que consten alegaciones por su parte.

- El 21 de julio de 2011 se emite informe propuesta de resolución por la Dirección Gerencia del Hospital Doctor Negrín, desestimando la reclamación de los interesados. Ello es asumido por la Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de 16 de septiembre de 2011, lo que se eleva a definitivo el 7 de noviembre de 2011, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 28 de octubre de 2011.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la parte reclamante con fundamento en la información obrante en el expediente, en especial, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones. Así, la Propuesta de Resolución concluye que no existe relación causal entre el daño alegado por los reclamantes y la asistencia sanitaria recibida, con fundamento en las siguientes consideraciones:

“Analizada la normativa y jurisprudencia aplicable, en este caso la atención sanitaria dispensada al J.T.C. fue correcta. Por un lado han de tenerse en cuenta los antecedentes que presentaba (folio 91 y 93 del expediente administrativo), que eran Hipertensión arterial, obesidad mórbida (grado W, 180Kg) y cólicos nefríticos de repetición, Ictus isquémico, Apendicitis perforada en el año 2004, y por otro, que desde su ingreso se le realizaron las pruebas que precisó según la sintomatología que presentaba, constando todo ello en la historia clínica. Dichas actuaciones

resumidamente se han hecho constar en el antecedente de hecho séptimo de esta resolución y desvirtúan las alegaciones de los reclamantes: Sí fue atendido durante el tiempo de su ingreso, sí fue explorado clínicamente, sí se le realizó analítica, sí se le realizó radiografía, sí se intentó la realización de un TAC (...) En relación con la radiografía se dejó constancia de la dificultad de su interpretación dada la condición del paciente (obesidad mórbida), condición que también impidió la realización de dicho TAC y dificultó la valoración de la ecografía, que también se le practicó.

Las pruebas realizadas en un primer momento, tal y como consta en la historia clínica, no evidenciaron signos de diverticulitis y cuando ello se sospecha dado el brusco empeoramiento, la situación es de tal gravedad que no resulta aconsejable intervenir.

Dichas pruebas y actuaciones sanitarias son las que se citan como necesarias en el informe pericial aportado por los reclamantes (Folio 26) «El estudio radiológico simple de abdomen, la ecografía y el análisis de sangre que determine, entre otros parámetros, la fórmula leucocitaria, son pruebas fundamentales en el diagnóstico y seguimiento de aquellos pacientes que presentan divertículos y sintomatología aguda».

A pesar de todas las dificultades se trató al paciente pero, tal y como señala en su informe el Servicio de Inspección (folio 82), su situación de gravedad extrema, altísimo riesgo quirúrgico sobreañadido y su sobrepeso y tratándose de un diagnóstico etiológico de shock séptico por diverticulitis complicada no confirmada por pruebas de imagen recomendaron posponer la intervención previo contacto con la familia (y notas clínicas folio 100).

Se evidencia, pues, a la vista de la HC, que se adoptaron todas las medidas y se realizaron todos los tratamientos posibles al alcance del Hospital a pesar de lo cual no pudo evitarse el fatal desenlace.

(...)

Ninguna prueba hay sobre la alegación de que no se prestó la atención sanitaria debida al paciente.

En definitiva, no cabe más que llegar a la conclusión de que no hubo mala praxis, siendo así que el fallecimiento del paciente se produjo por la evolución de la propia patología que presentaba”.

2. A la vista de la documentación obrante en el expediente, hemos de concluir que entendemos conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, por las siguientes razones:

1) Por un lado, en relación con la alegación hecha en la reclamación de que “el paciente no fue atendido tal y como señalan la correctas prácticas médicas al haber estado 34 horas en donde solamente se le recetó paracetamol para el alivio del dolor abdominal”, ésta ha de ser rechazada, tal y como señala en informe del Servicio de Inspección y Prestaciones. Efectivamente, constan en la historia clínica las distintas exploraciones realizadas al paciente, pruebas complementarias y tratamiento recibido durante su estancia en el Servicio de Urgencias, incluida la estancia en la Unidad de Críticos, durante aquel periodo, quedando desmentida la afirmación de los interesados. Así, se observa: “El paciente ingresa a las 21:24 horas del día 9 de diciembre de 2005. Se realiza exploración física. Medicación a las 22:00 horas: Adollonta + Primperan + Buscapina. A las 22:25 horas se solicita analíticas que informan a las 22:37 y 23:02. A las 00:36 horas del 10 de diciembre nueva solicitud que se informa a las 00:40. Rx abdomen, consta 00:40:20 horas: N de difícil valoración por la obesidad. A la 01:30 horas del día 10 de diciembre se administra medicación. A las 3:30 horas del día 10 de diciembre se realizan, además de las analíticas, EKG y valoración por facultativo. Nuevos informes de analítica, tras su previa solicitud y extracción: 01:20 h., 04:01 h., 07:57 h., 10:58 h., 11:37 h., 15:37 h, 16:43 h., 17:35 h. y 19:38 h. del día 10 de diciembre. Otras pruebas: Ecocardiograma, ecografía abdominal. Medicación reflejada en la Hoja de Órdenes de Tratamiento de la historia clínica. Tratamiento y seguimiento en Unidad de Críticos”.

2) Por otro lado, han de refutarse las afirmaciones realizadas por los reclamantes de que “no se le practicó las pruebas médicas para ver el origen de la dolencia y las realizadas fue en situación crítica (...) la práctica de una sencilla Rx hubiera evitado el desenlace fatal” y de que “si se hubieran realizado las pruebas médicas pertinentes a tiempo, se habría detectado el origen del dolor: *diverticulitis aguda*”.

Por una parte, la ausencia de la realización de las pruebas adecuadas queda refutada por el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, a la vista de la historia clínica del paciente y del informe del Coordinador del Servicio de Urgencias, señalándose al efecto que sí se le realizaron las pruebas médicas indicadas para su diagnóstico, RX y ECO, si bien, las características del paciente: obesidad extrema

dificultaron su valoración. Y, por otra parte, en cuanto al TAC, no pudo realizarse por causas ajenas al Servicio, así consta en la historia clínica: *“No se puede realizar el TAC debido a que por su obesidad no cabe en el scanner”* (Folio 103 del expediente).

Por otra parte, en cuanto a la averiguación del diagnóstico, se señala en el informe referido: *“En la exploración física no se objetiva signos de irritación peritoneal, la temperatura era 36,5°C y en la analítica no había hipo/hipernatremia, leucocitosis/leucopenia, taquicardia/taquipnea, ni manifestaba alteración del estado mental. Todo ello lleva a descartar cuadro séptico.*

Se solicita Rx de abdomen pero no objetivan alteraciones, esta prueba, como pasará posteriormente con la ECO de abdomen, resultó de difícil valoración por la obesidad (180 Kg).

Un cuadro de diverticulitis debuta con dolor abdominal, escalofríos, fiebre, náuseas y vómitos”.

Así pues, se concluye que se realizaron al paciente todas las pruebas pertinentes para determinar su diagnóstico a la vista de los síntomas que presentaba, salvo el TAC, por imposibilidad dada la obesidad del paciente. De aquellas pruebas, difícilmente valorables la RX y la ECO, una vez más por las propias características del paciente, así como de la clínica que presentaba, no cabe concluir la complicación que se produjo finalmente.

3) Por último, en cuanto a la alegación vertida por los reclamantes consistente en que *“debido al retraso en la práctica de las pruebas médicas adecuadas, no pudo el paciente ser intervenido quirúrgicamente dada su mala situación clínica, lo que hubiera evitado su muerte”*, ha de indicarse, a la vista del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones:

“La presencia de un cuadro de diverticulitis aguda no implica inexcusablemente una intervención quirúrgica urgente.

La diverticulitis se debe tratar inicialmente mediante reposo en cama, dieta absoluta, hidratación intravenosa, analgésicos y antibióticos IV. Si hay signos de obstrucción intestinal (náuseas, vómitos y marcada distensión abdominal) se coloca una sonda nasogástrica. Si el cuadro no cede, se produce la perforación del divertículo con peritonitis, se forma un absceso o se produce una fístula hacia órgano vecino, es cuando se interviene quirúrgicamente practicándose resección del colon afectado con drenaje de absceso y bolsa de colostomía provisional”.

Por otra parte, ya en la Unidad de Críticos se plantean situación de shock sin poder definir el origen (folio 100): Shock séptico (pielonefritis/diverticulitis aguda); Shock obstructivo (tromboembolismo pulmonar) por la brusca aparición del cuadro: *"El paciente acude al servicio de urgencia por un cuadro no claro de origen abdominal izquierdo sugestivo de diverticulitis aguda/ isquemia mesentérica, con fallo renal agudo (...) sin datos en el hemograma que sugieran sepsis. Afebril en todo momento. No signos de infección a otros niveles"*.

En este momento, cuando pudo sospecharse la diverticulitis, dada la situación crítica que presentó el paciente a las 9 horas del día 10 de diciembre, con brusco deterioro hemodinámico que indicó su traslado a la Unidad de Críticos, y tratándose de un diagnóstico etiológico de shock séptico por diverticulitis complicada no confirmada por pruebas de imagen (dada la dificultad de valoración de éstas, como se ha reiterado, por la obesidad del paciente), a lo que se añade el riesgo quirúrgico por su sobrepeso, lo recomendable, tras ser valorado por el Servicio de Cirugía General, era posponer su intervención, como se indicó a la familia del paciente.

De todo lo hasta aquí expuesto resulta que la actuación de los facultativos que atendieron a J.T.C. fue en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, habiendo puesto todos los medios terapéuticos y diagnósticos precisos a disposición del paciente, en función de la sintomatología que presentaba en cada momento, pudiendo atribuirse su muerte sólo a la propia evolución de la enfermedad y características del paciente, sin que ningún nexo causal exista entre aquel fallecimiento y el funcionamiento del Servicio Público Sanitario.

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la solicitud de los interesados.