



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 5 7 / 2 0 1 2

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de julio de 2012.

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 A.M.P., en nombre y representación de G.P.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 315/2012 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad del Servicio Canario de la Salud (SCS), Organismo autónomo de la Administración autonómica.

Es preceptiva la solicitud del Dictamen, estando legitimado al efecto el sujeto solicitante y siendo competente este Organismo para emitirlo, 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 (RPAPRP).

II

1. G.P.S. presenta escrito fechado el 16 de julio de 2005, registrado en el Registro General del SCS el 17 de enero de 2006, reclamando ser indemnizado por la Administración sanitaria al considerar que la asistencia recibida de ésta ha sido inadecuada y le ha causado daños, con las consiguientes secuelas.

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

Según relata en tal escrito, fue diagnosticado en noviembre de 2003 de síndrome de Marfan y aneurisma aórtico, cuyo problema más grave asociado es la debilidad de la aorta, afectando a la mayoría de las personas con dicho síndrome, que también son más proclives a sufrir colapso repentino del pulmón y anomalías que afectan a las válvulas mitrales del corazón.

Estima el interesado que en ningún momento se extremaron, por parte de los servicios sanitarios, las precauciones necesarias con el objeto de evitar las graves consecuencias que el referido síndrome puede ocasionar. Así, nunca decidieron realizarle cirugía preventiva para tratar la dilatación de la aorta, sino que esperaron hasta que fue necesaria una cirugía de emergencia; razón por la cual surgieron graves complicaciones que exigieron hasta cuatro intervenciones posteriores. Por ello, considera cometida, por los facultativos, infracción de la *lex artis* por no haber empleado adecuadamente y con la necesaria dedicación y atención los medios a su alcance, sin obrar con la diligencia, actuación persistente y cuidado continuado que exige su profesión.

En definitiva, reclama una indemnización que asciende a la cantidad de 380.153,75 euros, si bien en trámite de audiencia propone la terminación convencional del procedimiento mediante un acuerdo indemnizatorio por importe de 220.000 euros.

2. El reclamante, que actúa por medio de representante, ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, estando legitimado, por tanto, para iniciar el procedimiento. Además, la representación conferida está acreditada en el expediente.

Por otra parte, la competencia para tramitar y resolver el procedimiento le corresponde a la Administración autonómica, como titular del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, actuando mediante el SCS habilitado legalmente para prestarlo.

La reclamación fue presentada el 17 de enero de 2006, en relación con la asistencia prestada a partir del día 3 de noviembre de 2003 y de la que consta en la historia clínica que no ha causado alta, con controles periódicos al menos hasta mayo de 2006. No puede por ello ser calificada de extemporánea, sin haber prescrito el derecho a reclamar al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el artículo 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución es la Secretaría General del citado SCS, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autónoma, 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 referido Organismo Autónomo, correspondiendo dictar dicha resolución al Director del mismo, 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.

3. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales relevantes generadoras de invalidez de actuaciones o que obste al pronunciamiento de este Organismo (art. 12.2 RPAPRP), aunque se ha incumplido sobradamente el plazo de seis meses que para su resolución establece el artículo 13.3 RPRP. No obstante, esta injustificable demora no impide que se resuelva expresamente, existiendo deber legal de la Administración para hacerlo, sin perjuicio de los efectos que debiera o pudiera generar el retraso [arts. 42.1 y 7; 43.3.b); 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC].

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación instada por la Administración, el 22 de marzo de 2006 (art. 6.2 RPRP), sin perjuicio de que el inicio del procedimiento se produjo dos meses antes. Se han realizado, asimismo, los actos de instrucción necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución, (art. 7 RPAPR), emitiéndose en particular los informes de los Servicios de Cardiología, tanto del Centro público como del Centro concertado, que atendieron al reclamante y a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

También se ha cumplimentado el trámite de audiencia (art. 11 RPRP), presentando alegaciones el interesado en las que como se apuntó, se reitera en su pretensión, aunque la terminación convencional del procedimiento, que concluye con una Propuesta de Resolución que, desatiende la propuesta y desestima la reclamación, informada por el Servicio Jurídico, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, que la estima conforme a Derecho, por lo que se ratifica.

III

1. En el expediente resulta expuesta la siguiente secuencia de hechos, según se recoge en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) con base en la historia clínica:

- El paciente, con 26 años entonces, es valorado por cardiólogo el 3 de noviembre de 2003 por cuadro de palpitaciones, efectuándose auscultación cardiaca que acusa un primer ruido y mínimo escape. En eco se detecta ritmo sinusal, dilatación VI y sobrecarga diastólica, así como aneurisma de aorta ascendente, con insuficiencia aórtica moderada-severa, y ventrículo izquierdo en límite alto de normalidad. Además, en radiografía de tórax se aprecia cardiomegalia 214 y en RM se confirma el aneurisma tipo 1 de la clasificación de Bakey. Por último, se solicita cateterismo.

- Con fecha de 19 de noviembre de 2003 es valorado nuevamente por cardiólogo, en cuyo informe figura el resultado de Eco, con valor de fracción de eyección de 68%, prescribiéndole Alapryl y Sumial (betabloqueantes).

Indica al respecto el SIP que la fracción de eyección es la medida más importante del funcionamiento cardiaco, estando los valores normales entre 60%-75%, mientras que los valores inferiores pueden significar principio de insuficiencia cardiaca, que es moderada cuando es inferior a 30%.

- El 25 de noviembre de 2003 se realiza angioresonancia de tórax con contraste y Angio RM de T.S.A., observándose aneurisma de aorta (72,6mm), con válvulas sigmoideas aumentadas de tamaño y conformando senos de Vasalva muy dilatados, hallazgo típico de Marfan. Sin embargo, los troncos supraaórticos presentan una morfología y trayecto dentro de la normalidad.

- El 4 de diciembre de 2003 el paciente ingresa en el Servicio de Medicina Interna por palpitaciones, siendo trasladado al Servicio de Cardiología para estudio y cateterismo.

Durante este ingreso se practican los estudios siguientes:

a) Ecocardiografía transtorácico con dopler continuo. Se objetiva función global límite con fracción eyección 40-50%; disfunción diastólica; determinadas medidas del diámetro de cavidades, anillo aórtico y raíz de aorta; válvulas en la que destaca la aórtica, con insuficiencia importante a severa por distancia y amplitud del chorro, chocando con valva anterior septal y produciendo pequeño colapso.

b) Ecocardiográfico trans-esofágico resultando orejuelas de tamaño y función normales. Función segmentaria conservada, sin apreciarse cortocircuitos, pero si aumento de presión en la aurícula izquierda que obliga al septum interatrial a desplazarse hacia la aurícula derecha; aorta trivalva con insuficiencia severa; normalidad en aorta torácica descendente y cayado aórtico, con dilatación conferida, pero en zona del seno de Vasalva y primera porción de aorta ascendente.

- El 5 de diciembre de 2003 se realiza cateterismo cardiaco diagnóstico por técnica de Seldinger (ventriculografía y Aortografía) sobre arteria femoral derecha, resultando que el ventrículo izquierdo esta dilatado, con función sistólica preservada y fracción eyección del 72%; aneurisma sacular de la aorta ascendente con dilatación de anillo que provoca la insuficiencia aórtica.

- El 9 diciembre 2003 se efectúa ecocardiograma, confirmando los hallazgos anteriores y, por tanto, insuficiencia aórtica ascendente severa y prolapso con choque del chorro amplio con valva anterior.

- El 4 de enero de 2004 ingresa en el Servicio de Cirugía Cardiaca del Centro H.R. por insuficiencia aórtica severa, con dilatación del anillo, raíz aórtica de 73mm y deformidad de los senos de Vasalva, habiéndose realizado angioresonancia y cateterismo cardiaco con los resultados ya descritos. Con diagnóstico de anuloeptasia aórtica es intervenido el 7 de enero de 2004 con circulación extracorpórea, realizándole sustitución de la raíz aórtica mediante injerto valvulado de Sant Jude, transfundiéndole 4 concentrados de hemáties, 4 unidades de plasma y 6 unidades de plaquetas y profilaxis antibiótica.

Durante el ingreso se hizo el 12 de enero de 2004 nuevo ecocardiograma transtorácico, observando moderada dilatación de cavidades; contractilidad segmentaria normal; fracción de eyección de 50%; aurícula izquierda normal; prótesis mecánica aórtica sin insuficiencia; válvula mitral con insuficiencia ligera; derrame pericárdico moderado, sin datos de taponamiento.

- La situación en el alta, el 19 de enero de 2004 es de buen estado general, incluyendo cicatriz quirúrgica; auscultación normal; secuelas de esternotomía, con niveles de sangre normales y tos espontánea. Se pauta control de anticoagulación y cardiológico en una semana, contactando en caso necesario.

- El 22 de enero de 2004 es valorado en el Servicio de Urgencias del Hospital por distensión abdominal, siendo el resultado de la exploración: abdomen distendido,

timpánico y no doloroso a palpación, superficial o profunda; sin signos de irritación peritoneal, pero con peristaltismo algo aumentado. Por eso, es valorado por cardiólogo y remitido a Cardiología, ingresando al día siguiente por fiebre, dolor torácico y anemia, pero con cultivos de sangre y orina negativos; por fin, se diagnostica el día 28 mediastinitis tras culminarse los estudios pautados.

- Consecuentemente, ese mismo día se traslada urgentemente al Centro H.R., ingresando y siéndole practicada resesternotomía, con lavado de la cavidad pericárdica y mediastínica e interposición del epiplón mayor sobre el injerto, apreciándose a nivel de la sutura distal un pequeño desgarro de probable origen infeccioso, que fue suturado, reacción pericárdica severa controlada y derrame pleural bilateral, colocándose drenaje de lavado-aspirativo. Posteriormente el día 30 comienza con distensión abdominal que evoluciona a abdomen agudo, siendo intervenido y hallándose asa de intestino delgado adherida a vejiga, producto de la intervención de vías uretrales y, tras la liberación de ésta, no se aprecian otros hallazgos patológicos.

En controles posteriores, con TAC los días 15 y 30 del postoperatorio, no hay infección, siendo los cultivos extraídos en quirófano negativos; en ecocardiografía transesofágica de 27 de febrero de 2004, ausencia de derrame pericárdico, diámetros normales en vasos, raíz de aorta y aorta ascendente, movilidad septal alterada por cirugía, función sistólica normal y prótesis mecánica aórtica normo funcionante.

En estas condiciones, recibe el alta el 1 de marzo de 2004.

- El 9 de marzo de 2004 se efectúa ecocardiograma, del que resulta: asincronía septal y fracción eyección ligeramente disminuida; disfunción diastólica sin derrame; válvulas con prolapso de valva anterior de mitral; prótesis con buen gradiente y mínima fuga paravalvular.

Esta prueba se repite el 27 de abril de 2004, con similares resultados, estando dilatada la aorta ascendente y los senos, sin masas o derrames.

- Es atendido por el Servicio de Urgencias hospitalario el 6 de junio de 2004 por disnea de 2 semanas de evolución a pequeños esfuerzos, pero sin dolor torácico, con cuadro de bronquitis de 1 mes. Se efectúa ecocardiograma al día siguiente, apreciándose: función global deprimida, asincronía severa, disfunción diastólica y dilatación de cavidades izquierdas y aortas ascendentes, prótesis de disco sin velocidad patológica; no hay derrame ni masas.

Retorna al dicho Servicio el día 13 siguiente por dolor en hipocondrio derecho y se realizan ecografías: derrame pleural mínimo; hepatomegalia izquierda; microlitiasis renal derecha e izquierda, sin signos obstructivos. Además, función global límite; fracción eyección de 50% por alteraciones en septum interventricular; disfunción diastólica; dilatación en aurículas, ventrículos, vena cava inferior, venas pulmonares y seno coronario; prótesis con separación de valvas; mínima insuficiencia aórtica; sin derrames.

- Los días 19, 20 y 25 junio 2004 es atendido en Centro de Salud por disnea progresiva y náuseas, remitiéndose por fin a Centro hospitalario en la última fecha. Realizadas arteriografía y ecocardiograma, se diagnostica aneurisma aórtico en raíz y pérdida de continuidad del tubo protésico superior a los ostium de las arterias coronarias, ingresando al día siguiente con ese diagnóstico, con insuficiencia cardíaca moderada, y, además, infección del tracto urinario. Efectuado TAC, se objetiva masa de sangre sugestiva de pseudo aneurisma, confirmado por ECO. Se realiza arteriografía y ventriculografía izquierda que muestra fuga paravalvular hacia un saco pseudoaneurismático en mediastino.

- El día 28 es trasladado al Centro H.R. con datos clínicos y cardiológicos de IC Congestiva que mejora con nitroglicerina y diuréticos. Se hace ETE el día siguiente: Cavidades izquierdas y derechas dilatadas, con función sistólica deprimida y fracción de eyección de 45%; disfunción protésica, con pérdida de continuidad superior a emergencia de coronarias que drena a cavidad secular; hipertensión pulmonar ligera

Es intervenido el 2 de julio de 2004 para corregir pseudoaneurisma de aorta ascendente, con hipotermia profunda y parada circulatoria, extrayéndose el anterior injerto valvulado y colocándose otro nuevo. Durante el postoperatorio presentó bloqueo completo, procediéndose a implantación de marcapasos . En el alta, el 16 de julio de 2004, tienen auscultación cardíaca y pulmonar normal, con ritmo de marcapasos; secuelas de esternotomía; marcadores sanguíneos y movilidad normales; sin fiebre. Se pauta control por cardiólogo.

- En ecocardiograma de 26 de agosto de 2004 presenta disfunción sistólica moderada, con hipokinesia septal y apical; fracción de eyección 40-50%; ventrículo izquierdo limítrofe y aurícula izquierda con límite algo; ligero engrosamiento de valva anterior, sin imagen de prolapso; tubo aórtico con paredes ligeramente engrosadas; prótesis sin gradiente significativo y buena apertura con dos jets ligeros de insuficiencia aórtica paravalvular (superior e inferior); sin derrames ni trombos.

El 15 de septiembre de 2004 se hace TC que se compara con el efectuado el 26.26.2004: persiste engrosamiento mediastínico, con borrosidad de la grasa, máxime en región paraaórtica izquierda, hay líquido en mediastino antero superior, pero en mejoría; prótesis aórtica con buen paso del medio de contraste a lo largo de estructuras vasculares, sin objetivar hallazgos de interés patológico; patrón pulmonar normal, sin derrame pleural; hígado y bazo normales.

- Posteriormente, consta que el 14 de octubre de 2004 es valorado por Servicio de Cirugía Plástica por cicatriz de cirugía cardiaca y secuelas, con tratamiento y citación al año para nueva valoración, El 13 de enero de 2005 tiene la cardiopatía estable, con vida normal y tratamiento. En ECO de 29 de abril de 2005, la prótesis aórtica con mínima regurgitación y sin hipertensión pulmonar, fracción de eyección de 65%.

- Es estudio ecocardiográfico hecho en Clínica concertada el 12 de mayo de 2005 se objetiva prótesis normofuncionante, con insuficiencia periprotésica, mitral ligera de tipo coanda, dilatación de auricular izquierda y de ventrículo izquierdo; hipertrofia ventricular izquierda, tricuspídea.

IV

1. La Propuesta de Resolución considera que ha de desestimarse la reclamación porque, al contrario de lo sostenido por el interesado, la actuación sanitaria realizada en relación con el mismo ha sido siempre conforme a la *lex artis*, adoptándose las medidas necesarias en cada momento en función de la evolución de la patología del paciente. Además, respecto a la intervención inicial, consta documento de consentimiento informado, asumido por el interesado, donde se recoge claramente la razón y el propósito de la intervención, modo de tal intervención, la necesidad de anestesia general valorado por el Servicio de Anestesia, y sus posibles complicaciones: Insuficiencia cardiaca, hemorragia postoperatoria, que requiera reintervención, infección de la herida, infarto de miocardio, infarto cerebral, trastorno del ritmo cardiaco y bloqueos que pueden precisar marcapasos, insuficiencia renal, infección respiratoria, infección urinaria, isquemia mesentérica. En cuanto a las complicaciones derivadas de la implantación de una prótesis valvular o de una amiloplastia, que pueden aparecer tras la cirugía, se citan: embolias, trombosis de la prótesis, hemorragias debidas al tratamiento anticoagulante, endocarditis de la prótesis y mal funcionamiento de la prótesis, por diversas causas, que obliguen a una nueva intervención quirúrgica.

Y, en efecto, en el expediente se acredita que el paciente recibió la asistencia adecuada a su caso tras ser diagnosticada la enfermedad y sus complicaciones, sin que se produjeran retrasos en el tratamiento o en la práctica de las numerosas y sucesivas pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas que, en cada momento, era inevitablemente requerido por la evolución propia de dicha enfermedad cardiológica. Por lo demás, en absoluto se acredita por el interesado, mediante pertinentes informes médicos, la necesidad o aun recomendación por la curación de sus dolencias de cirugía preventiva y, además, que hacerla hubiera evitado su evolución o las consecuencias propias de ésta.

El paciente fue diagnosticado de síndrome de Marfan el 25 de noviembre de 2003, ingresó en el Hospital Insular el 4 de diciembre siguiente, donde se llevaron a cabo pruebas diagnósticas el mismo día 4, así como los días 5 y 9 del mismo mes. En esta última fecha, le fue corroborada la insuficiencia aórtica, lo que motivó su traslado al Centro concertado, en el que fue intervenido el 7 de enero de 2004 bajo circulación extracorpórea, realizándole sustitución de la raíz aórtica mediante injerto valvulado. Esta secuencia temporal evidencia, a mayor abundamiento, que desde el diagnóstico inicial, desgraciadamente acertado, y las posteriores pruebas diagnósticas hasta que se produjo la intervención quirúrgica no transcurrió un excesivo periodo de tiempo que permita afirmar la conveniencia de cirugía anteriormente, requiriendo el diagnóstico, pruebas e intervención proceso continuado y realizado en breve espacio de tiempo, como aquí sucedió.

En este sentido, advierte el SIP que el paciente tenía una salud delicada, pero sin riesgo vital, procediendo su ingreso y el estudio adecuado al respecto, siendo intervenido cuando procedía; en primer lugar, y también después, como resultado de las complicaciones de su enfermedad y de la propia intervención por su propia naturaleza y efectos, pese a ser de necesaria realización, conociendo sus riesgos el paciente y asumiéndolos.

Desde luego, no hay dato alguno que indique retrasos o demoras en la práctica de las diferentes actuaciones, sin límites, para la realización de pruebas clínicas o terapéuticas pertinentes al caso, para la consecución de su control y sanación, según evolucionaba la enfermedad.

En este orden de cosas, la intervención inicial es adecuada en este supuesto, como medio procedente para atajar el síndrome de Marfan, que supone severa anomalía aórtica e insuficiencia cardíaca, reconociéndose médicamente apropiado el

tratamiento de sustituir la válvula aórtica defectuosa por dilatación y el trozo adyacente de raíz, pero debiéndose efectuar tras estudio minucioso y continuado hasta conocer exactamente la situación del paciente, como exige la *lex artis*.

2. Es cierto que a resultas de la intervención, que se reitera era procedente y, además, efectuado en el momento correcto, el paciente tuvo una mediastinitis postquirúrgica, que obligó a su ingreso el día 28 del mismo mes y que fue resuelta mediante resesternotomía, con las actuaciones expresadas. Pero está acreditado, sin contestación o prueba en contrario, que es posible en este tipo de cirugía por sus características y zona afectada; aparte de que no sólo se resolvió el problema detectado y se mantuvo la mejoría en el estado del paciente respecto a su dolencia, sino que éste, tras conocer los riesgos, como el comentado, consintió la operación y, por tanto, asumió su producción.

También presentó cuadro de abdomen agudo, por lo que se solicitó interconsulta al Servicio de Cirugía General, hallando una adherencia de intestino delgado a vejiga, pero resulta que, según indica el Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca del Centro Concertado, aquélla es debida a laparotomía efectuada al paciente a los nueve años de edad para corrección de estenosis ureteral, por lo que, en todo caso y en lo que aquí importa, la intervención practicada para corregir este problema no se conecta con la patología cardíaca padecida, ni se debe al tratamiento de ésta.

Por último, es sometido a una nueva intervención en julio de 2004 al desarrollar un pseudoaneurisma de aorta ascendente, efectuándose las actuaciones descritas en informe obrante del Centro Concertado, por idéntico motivo: complicación inevitable por la específica solución técnica que ha de utilizarse en el caso, potenciada por la propia evolución de la dolencia básica. En todo caso, el esfuerzo y relevancia de que requería esta intervención son evidentes, observándose que se culminó correctamente siguiendo la pauta de tratamiento adecuado precedente, y con éxito, pues la evolución fue satisfactoria incluso con la necesidad, asimismo forzosa, de colocación de marcapasos por bloqueo de la prótesis implantada.

Así, consta la buena evolución del paciente en los informes emitidos al efecto, dentro de los límites consecuentes con la enfermedad básica, y sin complicaciones valvulares, aórticas o, en fin, cardiológicas.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho por las razones expuestas, procediendo la desestimación de la reclamación en los términos reseñados.