



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 389/2012

(Sección 1ª)

La Laguna, a 6 de septiembre 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 L.R., M., J.L. y C.M.M. por el fallecimiento de su madre, como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 324/2012 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Mediante escrito de 11 de junio de 2012 la Consejera de Sanidad solicita preceptivamente dictamen de este Organismo por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con lo previsto en el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), sobre Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por L.R., M.M.M., J.L.M.M. y C.M.M. por el fallecimiento de su madre, el cual entienden causado por la que califican deficiente asistencia sanitaria que le fuera prestada en Centro dependiente del Servicio Canario de la Salud (SCS).

Los reclamantes sostienen que se produjo mal trato a la paciente por una MIR en el Servicio de Urgencias del Hospital Insular de Gran Canaria, tras lo que se le dio alta médica, pero debiendo regresar a dicho Servicio horas más tarde con un notable empeoramiento de su dolencia, hasta el punto de que ya quedó ingresada en dicho Centro hospitalario, falleciendo días mas tarde. En este sentido, entienden que se dio dicha alta sin valorar adecuadamente el estado de salud de la paciente, y, por tanto, sin ser debidamente tratada. Además, en el cateterismo que se le practicó

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

durante su ingreso no se tuvo en cuenta la etiología exacta del dolor torácico agudo que tenía, de modo que la mera visualización del CD del mismo, n° 7554, de 8 de octubre de 2005, bastaba para advertir su incorrección al desconocerse la situación médica de la paciente en su integridad.

II

La reclamación ha sido presentada por personas legitimadas para ello, en cuanto acreditan ser hijos de la fallecida y, por ello, titulares de interés legítimo (art. 31.1.a) LRJAP-PAC), efectuándose en plazo, antes de vencer el año legal y reglamentariamente previsto para que prescriba el derecho a reclamar, vista la fecha del fallecimiento. El correspondiente escrito fue correctamente calificado y admitido a trámite, efectuándose a continuación los actos de instrucción en orden a la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (arts. 142.5 y 78.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC, y 4.2 y 7 RPAPRP), con las vicisitudes que a continuación de exponen.

Así, obran en las actuaciones informes de los Servicios cuyo funcionamiento se conecta con la lesión presuntamente indemnizable, que son los de Urgencias y Cardiología (art. 10.1 RPAPRP), pero su contenido, a los fines instructores antedichos y con sus correspondientes efectos para la adecuada fundamentación de la Propuesta de Resolución y también para el pronunciamiento de este Organismo (art. 12.2 RPAPRP), es cuestionable por limitado, sin incidir en elementos relevantes de la secuencia causal de la asistencia prestada que culmina con el hecho por el que se reclama, pues se circunscriben esencialmente a la descripción de la evolución de la enfermedad coronaria de la paciente.

Tras abrirse el período probatorio, habiéndose propuesto pruebas documental y testifical, se realiza su práctica y luego el trámite de vista y audiencia a los interesados, que presentaron alegaciones, en las que se reafirman en su pretensión indemnizatoria.

La Propuesta de Resolución formulada seguidamente por el órgano instructor competente, la Secretaria del SCS, fue informada por el Servicio Jurídico, de conformidad con el art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, debiendo dictar tal Resolución el Director del SCS [arts. 142.2 LRJAP-PAC y 60.1.n) de la Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias]; lo que se producirá habiendo

vencido en exceso el plazo máximo reglamentariamente previsto al efecto (art. 13.2 RPAPRP).

No obstante, procede resolver expresamente al existir deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que tal injustificable dilación debiera comportar, o bien, de los económicos que en su caso pudiera conllevar [arts. 41; 42.1; 43.4, b); y 142.7 LRJAP-PAC].

III

1. Los interesados alegan que el fallecimiento de su madre se debió a que no recibió la asistencia médica a la que tenía derecho, dada su dolencia y estado, con denegación de auxilio médico urgente y maltrato psicológico, así como por error en la práctica de cateterismo cardíaco, que provocó una hemorragia fatal al no determinarse previamente el origen de los síntomas de la paciente, denominado indistintamente dolor torácico atípico, dolor neurálgico de segundo grado provocado por callo hipertrófico, traqueitis o dolor de músculo esquelético. Todo lo cual, aparte de la muerte de la paciente, supone un daño emocional y psicológico singular para los familiares.

2. El informe de 9 de octubre de 2008 del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) estima correctos los términos de los informes emitidos, en este supuesto, por el Jefe del Servicio de Cardiología y por el Servicio de Urgencias del Centro hospitalario actuante que atendieron a la paciente. Así, se trata de una paciente diabética de larga evolución, con complicaciones metadiabéticas; retinopatía tratada con laserterapia en 2004; control metabólico regular; hipertensa, con cardiopatía crónica y enfermedad arterial coronaria de tres vasos, habiéndosele realizado antes varios cateterismos, el último en 2003, con colocación de stent a circunfleja y a primera OM, así como ATC a DA en 1993.

Consecuentemente, se califica de frágil el estado de salud de la paciente cuando en septiembre de 2005 recibió asistencia médica por diversos episodios de dolor torácico, afirmándose que fueron tratados correctamente, sin más. En concreto y en días previos al ingreso, tuvo dolores torácicos irradiados a espalda, pero tras valoración y pruebas complementarias efectuadas se descartó problema cardíaco, pues los e.c.g. eran iguales a los previos y eran normales los marcadores de enzimas cardíacas y troponina resultantes de la analítica realizada, siendo enviada la paciente a consulta de digestivo o de torácico.

Sin embargo, en la asistencia efectuada por el Servicio de Urgencias el 29 de septiembre de 2005, con dolores torácicos persistentes, se decidió el ingreso al día siguiente, con diagnóstico de IAM antero-septal y edema agudo pulmonar, observándose buena evolución en planta. Debido al referido diagnóstico, con fallo ventricular, se realiza cateterismo y revascularización percutánea, surgiendo como complicación hemorragia digestiva o pulmonar, extremo éste que no pudo determinarse por la inestabilidad de la paciente, con fallecimiento posterior, al no poderse recuperar del shock producido.

En este orden de cosas, se insiste en que el objetivo principal de la valoración de la paciente en el Servicio de Urgencias, en las diferentes ocasiones en que fue atendida, fue el dolor torácico presentado, efectuándose el despistaje de causa cardiológica del mismo, con verificación de un origen coronario en una ocasión (día 12/09/05), pues se trataba de una paciente con antecedentes de enfermedad coronaria previa. Sin embargo, en las visitas precedentes al día 29 por un dolor torácico de un mes de evolución, con localización en hemitórax, caracterizado por ser continuo y aumentar con la inspiración profunda, no se acompañaban síntomas vegetativos.

Desde luego, dados los antecedentes, lo fundamental era determinar si los síntomas que tenía la paciente eran de origen coronario, pero resultaba una valoración compleja al dar las pruebas realizadas cifras de normalidad, como se dijo, no sólo los e.c.g., sino también los marcadores de enzimas cardiacos y troponina, útiles en casos de dolor atípico o de valoración difícil.

En todo caso, la patología coronaria de la paciente estaba sometida a tratamiento, modificado por el cardiólogo el 12 de septiembre por el motivo citado, y en cada una de las asistencias en el Servicio de Urgencias se le repitieron dichas pruebas diagnósticas, siempre con la finalidad de descartar el origen cardiológico del dolor, sin resultado para necrosis. Y, cuando se detectó el mismo, se decidió nuevo cateterismo, practicándose revascularización, durante la cual surge episodio de hemorragia como complicación.

Por lo demás, el Servicio de cardiología considera que no puede asegurarse que, de haberse realizado el ingreso con antelación, la paciente no hubiera tenido igual evolución por el daño vascular portado, siendo probable que lo fuese. Así, en la documentación clínica de la paciente se aprecia un deterioro tal que marca el desenlace fatal, siendo el cateterismo preciso y la complicación acontecida durante la revascularización posible y determinante del fallecimiento 24 horas después.

Por todo ello, el SIP concluye que se cumplió con la obligación de asistir a la paciente con todos los medios diagnósticos y terapéuticos que su situación requería, disponibles y existentes en el Hospital, practicándose los mismos correctamente, en cada momento y con la técnica apropiada.

3. En el trámite de audiencia, los reclamantes indican que, a la vista de los datos disponibles, la indemnización procede por pérdida de oportunidad de la paciente. Así, las actuaciones son sugestivas de que se le privó irregularmente de expectativas de curación, concurriendo éstas cuando cabe que la asistencia médica debida, efectuada en plazo, puede evitar el daño sin necesidad de afirmarlo.

Por eso y con arreglo a esta consideración, sostienen que la indemnización puede no cubrir todo el daño producido, pero si procede en cuanto que repare tal pérdida de oportunidad curativa, debido a un diagnóstico impertinente tardío de la dolencia efectivamente cardiológica de la paciente, máxime, precisamente, por sus antecedentes, tanto próximos, como durante bastante tiempo.

Y es que, sin poder pretender siempre la curación y aun siendo inciertos los resultados médicos, los ciudadanos tienen derecho a ser tratados con diligencia, aplicándoseles debidamente los medios que la ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias.

Por el contrario, la Propuesta de Resolución mantiene que es bastante improbable que, de haberse realizado la prueba relevante en este caso con anterioridad, se pudiera cambiar el desenlace, habida cuenta de que la paciente tenía multipatología de riesgo cardíaco, con diabetes e hipertensión arterial. Así, las lesiones padecidas son propias y derivadas de la patología sufrida y el óbito es consecuencia directa de la complicación surgida, imposible de evitar por estas circunstancias y siendo imprescindible la revascularización practicada. Además, nunca existió un diagnóstico tardío de su enfermedad, estando acreditada la misma y sus sucesivas recaídas, efectuándose siempre la asistencia pertinente, incluidos varios cateterismos.

Por lo demás, en la historia clínica consta la existencia del consentimiento informado para realizar el último cateterismo, debidamente formalizado y suficientemente expresivo de las complicaciones del mismo. Por tanto, la paciente era conocedora de los posibles riesgos que se podrían derivar de la realización de este tipo de prueba, máxime cuando a mayor abundamiento ya los conocía anteriormente al haberse sometido a la misma previamente (30/09/2002 y

30/04/2003). Así, en el documento correspondiente se recogen, como complicaciones, arritmias, hemorragias y trombosis venosa o arterial, incluida la angina de pecho y aun riesgo de muerte, de modo que la información disponible al efecto era suficiente.

IV

1. El informe de exitus, de 7 de octubre de 2005, confirma que la paciente tenía antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, sufriendo enfermedad coronaria en tres vasos y habiéndosele practicado varios cateterismos anteriormente. Y que ingresó el 30 de septiembre de 2005 con un cuadro de isquemia miocárdica o angina inestable.

Tras realizarse entonces el pertinente cateterismo coronario, se encontró calcificación severa de troncos coronarios, procediéndose a revascularización y generándose hemorragia pendiente de filiar, con origen digestivo o pulmonar, evolucionando hacia shock cardiogénico, con dolor torácico y signos de isquemia recurrente. Realizada ecografía, se objetiva disfunción VI severa con fracción de eyección del 30% y empeoramiento de la contractilidad en cara lateral. Por último, sin respuesta a todas las medidas empleadas, la paciente fallece.

Ciertamente, se trata de una paciente con un largo historial de dolencia cardíaca, culminándose la evolución con muerte por shock cardiogénico, derivado de la hemorragia aparecida con la intervención de revascularización, surgiendo aquél cuando el corazón es incapaz de bombear la cantidad suficiente de sangre que el cuerpo necesita.

En este contexto, consta el progresivo deterioro de la dolencia cardíaca de la paciente, según figura en informe del Servicio de Cardiología de 5 de mayo de 2007, que valora el periodo 1993-2005, en el que a la paciente se le realizaron numerosas coronariografías y se aprecia un resultado progresivamente agravado.

Así: en septiembre 1993, lesión proximal severa en 1/3 medio e irregularidades; febrero de 1994, nueva angina y reestenosis del 50%; en julio de 2000, angina, con lesión moderada en 1/3 medio y a nivel de la OM1, con otra significativa distal; 19 de enero de 2002, empeoramiento de la angina, que requiere reajuste de la medicación, con lesión moderada en 1/3 medio, lesión difusa distal, lesión severa proximal y lesión severa a nivel de la OM1 ostial; abril de 2003, angina invalidante con lesión larga y severa en 1/3 medio.

En este orden de cosas, la paciente fue asistida en cada ocasión de los síntomas de su dolencia cardíaca, según su evolución no parable, con las pruebas pertinentes y el tratamiento apropiado en cada caso, hasta reingresar el día 30 de septiembre de 2005 tras visitar el día anterior el Servicio de Urgencias por dolor torácico y cuadro compatible con edema agudo de pulmón y marcadores cardíacos positivos, indicativos de necrosis miocárdica como causa principal del problema.

La coronariografía practicada, como prueba diagnóstica adecuada, confirma enfermedad de tres vasos, con disfunción ventricular izquierda moderada y oclusión de la DA, efectuándose revascularización percutánea de forma efectiva, pero con complicación hemorrágica.

En este caso, es claro que la dolencia cardíaca no es el objeto de la cuestión, sin que se produzca negligencia en el diagnóstico sobre el dolor torácico presentado, a salvo de lo que luego se explicará.

Así, la historia clínica evidencia una evolución de progresivo empeoramiento de su dolencia conocida, con sus correspondientes síntomas, debidamente atendidos y, en su caso, tratados.

2. Sin embargo, aun admitiéndose como adecuada la asistencia a lo largo de la evolución de la dolencia cardiológica de la paciente, en general, lo relevante a los fines que nos interesan, en particular a la luz de las alegaciones de los interesados y, naturalmente, las actuaciones producidas y los datos del expediente, es determinar si la concreta asistencia realizada el mes de septiembre en el Servicio de Urgencias, antes de la practicada los días 29 y 30 de ese mes, fue plenamente procedente, dados los síntomas y antecedentes, incluso próximos, de la paciente, con aplicación de los medios pertinentes, en especial las pruebas diagnósticas apropiadas que, por lo demás, constan hechas con antelación, cuales son las coronariografías.

Y, en fin, no basta para alegar la no responsabilidad de la Administración sanitaria, así como la pertinencia de la asistencia prestada, máxime de haberse efectuado justificadamente todas esas pruebas, que la evolución de la paciente es probable que hubiera sido igual -con idéntica intervención, complicación hemorrágica y el fatal desenlace-, si se hubiera procedido con anterioridad a la realización de pruebas e intervención. Por el contrario, habida cuenta del éxito en asistencias precedentes y conocidas las consecuencias de la no inmediata actuación, ha de descartarse, sin duda razonable, que en efecto una actuación previa, en la línea de las anteriores, hubiera tenido similar efecto y que, por ello, cabía que la

intervención no tuviera la complicación generada y, en todo caso, hubiera evitado la muerte.

Además, debe aclararse tanto si la revascularización efectuada forma parte indisoluble del cateterismo a practicar a la paciente, conociéndolo ésta y asumiendo los riesgos de aquella, caso de las hemorragias, como que tal intervención se llevó a cabo precedentemente, conociéndose el origen y el motivo de la hemorragia sufrida y que ésta no ocurrió por práctica inadecuada.

En este sentido, no se determina el motivo específico de la hemorragia producida, siendo esta producción inevitable por la naturaleza de la intervención de la paciente u otra razón, y nunca por algún fallo o imprevisión en el cateterismo o la revascularización, en relación con el estado de la paciente.

3. Por otro lado, asumiendo que la hemorragia es una complicación en la intervención, conocida en principio por la paciente, visto el documento y los antecedentes de cateterismo, según se expuso, resulta que la misma no había ocurrido en cateterismos previos, quizá por no acompañarse de revascularización. Además, aparte de desconocerse la causa de que se produjera la hemorragia, ha de determinarse si ésta puede considerarse integrada en el término genérico que aparece en el documento, habiéndose informado a la paciente en cada caso.

Esto es, en relación con lo expuesto y especialmente de existir diferencia entre coronariografía y cateterismo o, sobre todo, entre éste y la revascularización, ha de constar si la práctica de la misma no solo fue informada a la paciente, con sus riesgos específicos, estando unida indisolublemente al cateterismo o estaba prevista su realización a resultas de ésta. Y, además, si tal revascularización tiene alguna alternativa posible, conociéndola en su caso la paciente para decidir al respecto.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada no es conforme a Derecho, debiéndose completar el expediente en los términos expuestos en Fundamento IV, apartados 2 y 3; y una vez realizadas las actuaciones pertinentes, previa audiencia a los interesados, se formulará una nueva Propuesta de Resolución que habrá de ser remitida a este Consejo para su Dictamen preceptivo.