



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 4 6 / 2 0 1 3

(Sección 1ª)

La Laguna, a 22 de abril de 2013.

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 F.H.C.D., en nombre y representación de S.G.R. y F.G.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 125/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el 8 de marzo de 2013 (Registro de entrada de 22 de marzo de 2013) es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación 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 (RPRP) 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 S.G.R. y F.G.G., al pretender el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera personal como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a su esposa y madre,

* **PONENTE:** Sr. Lorenzo Tejera.

respectivamente. En este procedimiento los interesados actúan mediante representación debidamente acreditada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LPAC y 4.2 RPRP, pues los interesados interpusieron aquel escrito el 5 de noviembre de 2010 (sello de correos) en relación con un hecho producido el 1 de junio de 2010, fecha en la que se produce el fallecimiento de I.G.G., esposa y madre, respectivamente, de los reclamantes.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la 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.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, 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.

III

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

“PRIMERO. El día 25 de mayo de 2010 la fallecida I.G.G. madre y esposa de mis representados acudió a consulta de cardiología en el Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín por disnea y disconfort torácico presentando síntomas de cansancio, fatigas y mareos. Allí se le prescribe la toma de la siguiente medicación: Loviton Retard 15 mg y Adiro 300.

SEGUNDO. El sábado 29 de mayo de 2010 sobre las 11:30 horas de la mañana I.G.G. comenzó a sentirse de nuevo cansada y mareada presentando claros síntomas de astenia y debilidad general.

La astenia es un síntoma presente en varios trastornos caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga, debilidad física y psíquica.

Por este motivo le fue tomada la presión arterial observándose que la tiene a 19/12 mmHg. En ese momento se le administra Tertensif Retard 15 mg. Pasada media hora se le mide de nuevo la presión y se observa que ha disminuido a 17/12 mmHg.

TERCERO. A las 12:00 horas aproximadamente del mismo día F.G., hija de la fallecida, observa que ésta cada vez se encuentra en peores condiciones y que los nuevos síntomas que presenta son de mayor gravedad dado que comienza a emitir palabras mal pronunciadas y sufre intensas fatigas, pérdida de fuerza, cefaleas y constantes mareos y vómitos. Todos ellos síntomas propios y como aquí ya adelantamos, de un AIT (Accidente Isquémico Transitorio).

F.G., a la vista de la situación decide llamar a las urgencias del 112 a cuyo personal comunica los síntomas que está padeciendo la paciente y que había acudido a consulta cuatro días antes por los mismos. Una ambulancia acude al domicilio y I.G.G. es trasladada al Centro de Salud Schamann en Las Palmas de Gran Canaria acompañada de su hija.

CUATRO. A las 14:00 horas de ese mismo día 29 de mayo I.G.G. es atendida en el referido Centro de Salud indicándose al personal los síntomas que presentaba (...). Aquí se le administra un protector gástrico se le diagnostica hipertensión y tras observar que padecía insuficiencia cardíaca es remitida al Hospital Doctor Negrín.

QUINTO. Ya el domingo 30 de mayo de 2010 sobre las 02:00 horas I.G.G. es trasladada e ingresada en el Hospital Doctor Negrín. Es atendida según llega realizándosele una analítica general y una radiografía del tórax indicándose posteriormente que los resultados de las pruebas son normales y que sólo presentaba una ligera infección de orina.

En ese momento F.G. reclama al médico que los está atendiendo, E.R.G., un nuevo examen de su madre ya que persisten los mareos y la pérdida de fuerza y continúa hablando con algo de dificultad hechos a los que el doctor no da ninguna importancia.

SEXTO. Seguidamente es trasladada a una unidad de observación donde se le administra la cena. En este momento la paciente presentaba un mejor estado de salud aunque permanecían los síntomas descritos y la referida dificultad en el habla.

Pasadas unas dos horas la hija observa que I.G.G. le coge la mano y permaneciendo ésta rígida, le aprieta con fuerza mientras cierra los ojos y presentándose mareada. Hechos que manifiestan, de nuevo, los síntomas propios de un AIT. Motivo por el cual acude en busca de Dr. R.G. que les atendía para que la examine de nuevo quien sin atender a la paciente diagnostica que padece una leve desorientación.

(...)

NOVENO. (...) Estando la paciente en situación preagónica el neurólogo de guardia le realiza un escaner de cabeza donde se observa un gran derrame que confirma el diagnóstico de ictus isquémico vertebrobasilar con afectación cerebelosa y protuberancias de muy mal pronóstico, además de insuficiencia cardiaca congestiva y le diagnostican próxima muerte.

Resulta impensable sostener que una paciente, teniendo los síntomas propios de un AIT, como presentaba I.G.G., no fuese vista por un neurólogo hasta 24 horas después de su hospitalización por tales motivos.

El lunes día 31 de mayo de 2010 I.G.G. es trasladada a planta y el martes día 1 de junio a las 07:00 horas fallece. (...)"

Se solicita indemnización de 96.000 euros por los daños morales sufridos como consecuencia del referido proceso asistencial, si bien, en momento posterior del escrito de reclamación se hace referencia a la cantidad de 62.965,42 euros.

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, 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 noviembre de 2010 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su solicitud. Tras recibir notificación de ello el 13 de diciembre de 2010, aquéllos vendrán a aportar lo solicitado el 22 de diciembre de 2010.

- Por Resolución de 21 de enero de 2011 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de los interesados, acordando, asimismo, la remisión del expediente para su tramitación a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Doctor Negrín.

De este trámite reciben notificación los interesados el 15 de febrero de 2011.

- Por escrito de 7 de febrero de 2011 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que lo emite el 18 de octubre de 2011, tras haber recabado la documentación oportuna.

- El 9 de mayo de 2012 se dicta acuerdo probatorio, en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por las dos partes, y, puesto que obran ya todas en el expediente, se declara concluso el trámite probatorio.

- El 3 de julio de 2012 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, constando en la misma fecha la comparecencia personal de la representación de los interesados a efectos de recabar copia del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, así como la documentación que lo acompaña, haciéndosele entrega de ello en el mismo acto.

No consta la presentación de alegaciones.

- El 4 de febrero de 2013 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la pretensión de los interesados, emitiéndose borrador de Propuesta de Resolución por la Directora del Servicio Canario de la Salud en igual sentido, en el que no consta fecha. La Propuesta de Resolución es elevada a definitiva el 5 de marzo de 2013, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 6 de marzo de 2013.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes. Se señala en la misma:

“(E)l Informe del Facultativo del Servicio de Urgencias concluye que en su opinión se dispusieron en cada momento los medios adecuados para el diagnóstico de la paciente de acuerdo a los criterios clínicos que presentaba la misma y con un argumento científico. El TAC de cráneo se indicó en el momento que existió una razón médica para ello.

No cuestionados los diagnósticos de insuficiencia cardiaca congestiva, fibrilación auricular de reciente diagnóstico, hiperglucemia, se cuestiona el síndrome confusional agudo, señalando el citado informe que es un síndrome clínico no incompatible justificado y cierto dado que es un síndrome psico-orgánico de comienzo agudo de curso fluctuante y en el que puede concurrir alteración de la

atención, alteración de nivel de conciencia afectación global de las funciones cognitivas (memoria percepción lenguaje pensamiento) exaltación o inhibición psicomotriz (desde la agitación hasta el estupor) y alteración del ritmo vigilia-sueño. Es más frecuente en pacientes hospitalizados ancianos habitualmente con factores predisponentes (donde el más importante es la edad avanzada) y unos factores precipitantes (procesos infecciosos, alteraciones metabólicas, alteraciones de la ventilación hipoxia/hipercapnia, insuficiencia cardíaca, arritmias, anemia, fármacos tóxicos, procesos estructurales neurológicos (ictus isquémicos o hemorrágicos, tumores) y factores asociados a la hospitalización (ambiente no familiar, privación de sueño, cambios de habitación, inmovilidad, sondajes, pruebas diagnósticas invasivas).

En él se deben realizar las determinaciones básicas de constantes, glucemia capilar, hemograma, bioquímica, urianálisis, EKG, radiografía de tórax. Si las determinaciones básicas iniciales son normales y no se evidencia una etiología clara que justifique el cuadro (en el caso de la paciente lo justificaban la hipoxia, insuficiencia cardíaca, arritmias y factores ambientales) entonces es obligado realizar un TAC de cráneo y eventualmente una punción lumbar.

En el caso que nos ocupa se interpretaron los síntomas de la paciente como un síndrome confusional agudo precipitado por la entrada de insuficiencia respiratoria aguda, por insuficiencia cardíaca y el contexto estresante fuera de su ambiente.

Como parte de la valoración clínica realizada se exploró la existencia o no de localización neurológica motora que orientase a un ictus como causa del Sdr confusional agudo y en ningún momento se evidenció dicho déficit motor (con la salvedad de la valoración del médico residente que describió una hemiparesia que no confirmó el adjunto ni el neurólogo de guardia). En este caso la paciente tenía una Fibrilación auricular. Cuando esta arritmia provoca un ictus es más frecuente que éste sea del territorio cortical de presentación aguda con déficit neurológico localizador. En un porcentaje menor puede embolizar el territorio vertebro basilar cuya presentación clínica es muy inespecífica en el valor de los síntomas y signos (defecto sensitivo o motor en los cuatro miembros, signos cruzados, ataxia, disartria, trastornos oculomotores, amnesia, defectos campimétricos).

No obstante y por la consideración global de todo lo que le sucedía a la paciente se establecieron las modificaciones terapéuticas oportunas y en este caso cubría de manera correcta todas las posibilidades del Sdr Confusional agudo (incluyendo el tratamiento de un eventual ictus con antiagregación, anticoagulación a dosis plena y

medidas generales de control de los factores de influencia e incluso se cubrió la también improbable posibilidad de que se tratase de un Síndrome coronario agudo).

A la vista de lo informado de los datos aportados por los reclamantes y de la historia clínica de la paciente se observa que la asistencia prestada fue conforme a la lex artis, en todo momento se pusieron a su disposición los medios adecuados para el diagnóstico de acuerdo con los criterios clínicos que presentaba, disponiendo la adopción de las medidas terapéuticas para las patologías que padecía (Insuficiencia cardíaca Fibrilación auricular Hiperglucemia) y también para las patologías no evidentes aunque potenciales (Ictus y Síndrome Coronario agudo). En relación a este punto sostiene el informe del Servicio de Urgencias que dado que los medios y los tratamientos dispuestos eran válidos para las patologías demostradas y para las no evidentes no es posible concluir que el resultado hubiera podido ser otro dado que el tratamiento formal del Ictus se estableció desde el día 29/5/2010, 24 horas y en cualquier caso no hubiera estado indicada la fibrinólisis.

En el caso que nos ocupa podemos concluir que fue observada la lex artis ad hoc y que los medios utilizados y los tratamientos dispensados fueron los adecuados y suficientes ocurriendo el fallecimiento por el pronóstico de la propia enfermedad padecida razones por las cuales falta el nexo de causalidad necesario para que la pretensión de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada pueda prosperar”.

2. No obstante las conclusiones y los razonamientos expresados en la Propuesta de Resolución, debemos señalar que se extraen los mismos del informe elaborado por el propio facultativo que atendió a la paciente y a cuya actuación se imputa la lesión indemnizable en el escrito de los reclamantes.

No es ello conforme a Derecho, pues si bien el recabar los informes de los facultativos que se estime oportuno es potestativo de la instrucción del procedimiento, a tenor del art. 10.1, segundo párrafo, del Reglamento aprobado por RD 429/1993, es preceptiva la emisión de informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, que en este caso es el Servicio de Urgencias, por lo que habrá de recabarse informe del jefe del mismo, no bastando informe del médico a cuya actuación se imputa la responsabilidad por los reclamantes.

Debe aclararse en el informe preceptivo del Servicio de Urgencias la incidencia probable que el diagnóstico temprano hubiera tenido en el desenlace de la patología de la paciente.

Asimismo, por haberse referido en el expediente la apreciación de determinados síntomas en la paciente propios de un ictus por el médico residente, no observados por el adjunto ni por el neurólogo (*“se exploró la existencia o no de localización neurológica motora que orientase a un ictus como causa del Sdr confusional agudo y en ningún momento se evidenció dicho déficit motor (con la salvedad de la valoración del médico residente que describió una hemiparesia que no confirmó el adjunto ni el neurólogo de guardia)”*), debe también solicitarse informe del médico residente, cuyo nombre no se menciona en el expediente.

Finalmente, resulta conveniente la emisión de informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, no como un mero trámite formal vacío de contenido, lo que se ha producido en el presente expediente donde se limita a remitirse a los informes médicos existentes en el expediente, sino como informe en el que se valore la documentación que se ha recabado.

Con posterioridad a la emisión de los informes referidos deberá acordarse nuevo trámite de audiencia, y se elaborará Propuesta de Resolución que se someterá nuevamente a Dictamen de este Consejo Consultivo.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues procede retrotraer el procedimiento a fin de recabar los informes referidos en el Fundamento último del presente Dictamen, dando nueva audiencia a los interesados y emitiendo nueva Propuesta de Resolución que se someterá nuevamente a Dictamen de este Consejo.