



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 17 de enero de 2014.

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 D.Á.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 512/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. 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 27 de noviembre de 2013, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 17 de diciembre de 2013. 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. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo de D.A.S. y, por ende, del derecho a reclamar, al pretender el resarcimiento de un daño que se le irrogó en su persona, como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

* **PONENTE:** Sr. Fajardo Spínola.

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 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 ésta se presentó por la interesada ante la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios el 25 de octubre de 2010, desde donde se le da traslado a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 26 de octubre de 2010, respecto de un daño cuyo alcance se determina el 28 de octubre de 2010, fecha en la que la interesada es dada de alta en consultas externas de Angiología y Cirugía Vascul ar (en consultas externas de Neumología había sido dada de alta el 22 de abril de 2010).

III

Los hechos que constituyen la reclamación de la reclamante, son, según el tenor literal de su escrito, los siguientes:

“El inicio de mis dolencias comenzó sobre agosto de 2008 que fue mi primera visita al Servicio de Urgencias del Centro de Salud del Doctoral (Vecindario). Tenía el tobillo derecho muy hinchado y por eso decidí ir a urgencias. Allí me hicieron una radiografía y el diagnóstico fue que al trabajar de pie se me había hinchado el tobillo. Del tobillo empecé a notar un dolor que me subía por la pierna (...). El dolor siguió hasta sentarse en la parte inferior derecha de la espalda donde acudí innumerables veces al médico de cabecera y urgencias y alegaban que era un lumbago y así fue que el médico de cabecera me recetó hasta tres tipos de

inyecciones diferentes, varios calmantes, relajantes musculares y reposo absoluto (...). El dolor finalmente se posó entre el hombro y el omóplato izquierdo, donde también acudí varias veces con un dolor inexplicable en el brazo izquierdo sin poder moverlo y sin poder tumbarme, por ello fui de nuevo a Urgencias del Centro de Salud del Doctoral, y alegaron a la vez que me recetaban e inyectaban calmantes que era una hernia discal.

Visité tras la nueva valoración al médico de cabecera contándole mis dolencias para que me hiciera alguna prueba, ya que el dolor crecía y asustaba con su intensidad y ya que tras todos los diagnósticos nunca se me hizo una prueba (...). La médica me contestó a esto que el dolor cambiaba de sitio por motivos posturales, me recetó otro tipo de inyecciones y calmantes y siguió sin mandarme pruebas (...).

Tras todo esto, y ya en diciembre de 2008, el día de navidad, me volvió a dar el mismo dolor. (...) Acudí de nuevo a urgencias, esta vez al Centro de Salud de San José de Las Palmas donde me volvieron a pinchar y me aconsejaron que si había otro ataque de este tipo acudiese directamente al hospital, y así hice la madrugada del 30 de diciembre tras aguantar nuevamente un dolor insoportable y con el brazo izquierdo inmóvil. Allí me palparon la zona afectada y se basaron de nuevo en un lumbago, me pusieron una vía y me inyectaron calmantes; aún seguía con el dolor cuando salí de allí, pero se me remitió al traumatólogo y médico de cabecera (...).

El día 2 de enero (...) sentí un dolor intenso en el pecho y un ruido interior, comencé cada vez a ver menos con un mareo muy fuerte y en cuestión de segundos me desplomé en el suelo, orinándome encima y perdiendo la conciencia durante unos minutos. Vino la ambulancia y me llevaron al Centro de Salud del Doctoral donde me derivaron al Hospital Insular. Al llegar al hospital no podía respirar, me dolía el pecho la parte del corazón, ya que éste me latía muy rápido, me quejé varias veces y me dijeron que era porque estaba nerviosa y tenía un ataque de ansiedad, incluso me hicieron levantar e ir al baño para hacerme una prueba de embarazo diagnóstico que inicialmente ellos barajaban. Tras levantarme volví a desmayarme, (...) hasta que un médico acudió a mi malestar y no era el que me estaba tratando en ese momento, rápidamente supo diagnosticar y tratar el problema.

Tenía un tromboembolismo pulmonar y había sufrido un infarto pulmonar tras todo esto (...) ingresé en la UMI donde pasé una semana (...). Tras rebasar todo esto, subí a planta donde terminé con esa traumática estancia, es así como estuve ingresada 17 días (...). Ya que no hacían caso a mis quejas sobre el estado de mi

pierna, tuve que acudir a un médico ajeno al hospital para conseguir que ésta mejorara (...). Dicho médico me explicó las pautas a seguir y una de ellas el uso de dicha media.

Aún sigo con pruebas hospitalarias debido a las secuelas, aún me acompañan dolores y secuelas psicológicas debido a la traumática vivencia, perdí mi trabajo ya que siempre estaba de baja por el caso omiso de los médicos a mis quejas. Me he quedado con una pierna enferma para el resto de mi vida y aparte de medicación de por vida para tratarla, tuve que estar con tratamiento tomando sintrom y pinchando clexane en la barriga, además de tomar calmantes para aliviar el dolor de la pierna y poder conciliar el sueño (...). Distintas cicatrices se han quedado marcadas en mi cuerpo aparte de la cicatriz más importante en la memoria”.

Por todo lo expuesto, considerando la reclamante que se han producido los daños referidos, se solicita indemnización, que no se cuantifica.

IV

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, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte (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 del Procedimiento Administrativo Común).

Consta en el expediente de responsabilidad patrimonial que nos ocupa las siguientes actuaciones:

1) El 11 de noviembre de 2010, se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a la mejora de la solicitud. De ello recibe notificación el 17 de noviembre de 2010, viniendo a mejorarla el 22 de noviembre de 2010, a excepción de la cuantificación de la indemnización, que se deja pendiente para momento posterior, si bien nunca llegará a precisarse.

2) Mediante Resolución de 24 de noviembre de 2010, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, lo que se le notifica el 19 de enero de 2011.

3) Por escrito de 24 de noviembre de 2010, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones. El mismo vendrá a emitirse, tras reiterarse en dos ocasiones su solicitud, el 20 de julio de 2012, después de haber recabado la documentación oportuna.

4) El 23 de julio de 2012, se requiere a la interesada para que aporte los documentos que estime oportunos, a efectos de iniciar trámite probatorio. Recibe la interesada notificación el 3 de agosto de 2012, no aportando nada al efecto.

5) El 18 de septiembre de 2013, se dicta acuerdo probatorio, si bien, siendo las pruebas todas documentales y estando todas ellas incorporadas al expediente se declara concluso el trámite probatorio. De ello se notifica a la reclamante el 1 de octubre de 2013.

6) El 20 de septiembre de 2013, se acuerda la apertura de trámite de audiencia, lo que se notifica a la interesada el 1 de octubre de 2013, sin que se presenten alegaciones por su parte.

7) El 8 de octubre de 2013, se dicta Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud en la que se desestima la pretensión de la parte interesada. En tal sentido, consta borrador de Resolución de la Directora del Servicio Canario de la Salud, sin que figure su fecha. Tal Propuesta de Resolución se eleva a definitiva el 25 de noviembre de 2013, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 20 de noviembre de 2013.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en la documentación obrante en el expediente. Se recuerda en la misma el criterio jurisprudencial sobre exigencia de responsabilidad médica en caso de error de diagnóstico, cuyas consideraciones vienen resumidas en la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de junio de 1997: *“No todas las enfermedades pueden ser siempre diagnosticadas desde un primer momento y cierto número de ellas ofrecen en su inicio una muy parecida sintomatología, por lo que es difícil predecir, en innumerables supuestos, el desarrollo evolutivo de las mismas”*. Por ello, añade la Propuesta de Resolución: *“no es impericia profesional reprochable el error de diagnóstico si no es atribuible a una falta de diligencia profesional consistente en ignorar los síntomas y omitir los medios clínicos precisos para establecer un diagnóstico aunque no resulte absolutamente certero porque en la ciencia médica no es exigible (SSTS 5 de diciembre 1994, 8 de abril de 1996, 20 de septiembre 1997)”*.

Así, tras incorporar los antecedentes de la paciente y los informes obrantes en el expediente, la Propuesta de Resolución concluye que en la asistencia sanitaria

prestada a D.A.S. no se ignoraron los síntomas que la misma presentaba cada vez que se personó en el centro médico, sino que, de acuerdo con tales síntomas, se fueron practicando las pruebas necesarias así como prescribiendo el tratamiento que se consideró adecuado en cada momento, teniendo en cuenta que hasta su ingreso en el hospital en enero de 2009 no se mostraron los síntomas de tromboembolismo.

A partir de la anterior reflexión, la Propuesta de Resolución concluye lo siguiente: "Nos encontramos, pues, ante un supuesto en el que la propia patología de la paciente ha incidido claramente en el resultado final y en el que el daño por el que se reclama carece del requisito de la antijuridicidad, dado que, tal y como se ha expuesto, la situación previa de la paciente no exigía otra intervención que la practicada por los distintos facultativos del Servicio Canario de la Salud, y a la vista de los medios de prueba presentados se concluye que se practicaron las pruebas adecuadas a la patología que presentaba en cada momento la paciente, no siendo exigibles otras alternativas terapéuticas o el empleo de otros medios de diagnóstico".

2. Ciertamente, ha de desestimarse la pretensión de la interesada, siendo conforme a la *lex artis* la asistencia sanitaria recibida, pues el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar no fue posible, dada la atípica e insuficiente sintomatología de la paciente hasta su ingreso hospitalario el 2 de enero de 2009. Hasta ese momento, los diagnósticos se correspondieron con la clínica presentada por la paciente en cada momento.

Por otra parte, la trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho se produjo durante el ingreso en la UMI de la paciente, no habiendo relación alguna entre ello y la asistencia recibida el 12 agosto de 2008 como consecuencia de dolor en tobillo derecho, refiriendo entonces la paciente, según consta en su historia clínica: "*hace dos días es posible que se le haya torcido el pie y tiene dolor*".

Consecuencia de aquella trombosis se produce *síndrome postflebítico*, que es tratado por el Servicio de Cirugía Vascular, interrumpiendo tal asistencia la interesada por acudir a médico privado, que le instaura tratamiento con Venorutón y medias de compresión.

En relación con todo ello, resulta claro lo señalado por el Dr. R.B., Jefe de Sección de Neumología del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, que explica:

“(...) Inicialmente la paciente no presentaba síntomas respiratorios que hicieran sospechar de tromboembolismo pulmonar en una paciente sana que sólo presentaba obesidad y toma de anticonceptivos como posibles factores de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa. Dado lo atípico de la clínica, ya que la paciente no presentaba ninguno de los síntomas típicos (sensibles pero poco específicos) de tromboembolismo pulmonar (disnea, dolor pleurítico, taquipnea, taquicardias) es lógico que no se sospechara entonces la posible existencia de tromboembolismo pulmonar. Hemos de tener en cuenta que el tromboembolismo pulmonar se considera una enfermedad infradiagnosticada y que, en la mayoría de las muertes por tromboembolismo pulmonar esta enfermedad no se sospechaba antes del fallecimiento, dado lo inespecífico de sus síntomas, según se refleja en la bibliografía. El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad que acontece de forma aguda, por lo cual la historia de dolores en hombro izquierdo y lumbares que apareció en agosto/2008, era poco compatible con el diagnóstico de TEP dados los síntomas atípicos y de presentación subaguda-crónica que presentaba la paciente. Destacó además que la paciente refiere el cuadro clínico compatible con trombosis venosa profunda del miembro inferior derecho en agosto/2008, cuadro que fue valorado en el Servicio de Urgencias del Centro Salud de Doctoral. Sin embargo, antes de su ingreso en enero/2009 no se aprecian signos claros de trombosis venosa profunda como ya se refleja en el informe del Servicio de Urgencias y en el informe de Medicina Intensiva, apareciendo estos síntomas posteriormente durante su ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva. A su ingreso en el Servicio de Urgencias el 02.01.2009 sí se aprecian síntomas y signos claros de sospecha de TEP y, probablemente masivo, con una presencia de síncope /presíncope, disnea, taquipnea y taquicardia, los cuales, junto a un dímero D elevado y una ecografía con dilatación de ventrículo derecho y electrocardiograma con bloqueo de rama derecho y patrón Q3T3 junto a insuficiencia respiratoria hipoxémica con diferencia alveolar arterial elevada sí son muy compatibles con TEP masivo, decidiéndose, creemos que de forma adecuada, y que probablemente salvó la vida de la paciente la realización de TAC torácico urgente, con el que se confirmó el diagnóstico, y fibrinolisis con RTPA con posterior anticoagulación con heparina. Posteriormente, durante su estancia en UMI, aparecieron complicaciones secundarias al tromboembolismo pulmonar y a la fibrinolisis, así como a su estancia en la UMI, por la gravedad del cuadro, complicaciones que fueron resueltas de forma adecuada”.

En base al anterior informe, se concluye en el del Servicio de Inspección y Prestaciones:

“A.- En relación a la asistencia prestada desde el 12 de agosto de 2008 hasta su ingreso en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria el día 2 de enero de 2009, por clínica de dolor (dolor en tobillo derecho, región lumbar derecha, dorsalgia, en hombros), no existe sintomatología de sospecha compatible con enfermedad tromboembólica venosa.

En las ocasiones en que acude al servicio sanitario público, los síntomas presentados y la exploración clínica no fueron característicos siquiera indiciariamente ni de una trombosis venosa profunda, ni de tromboembolismo pulmonar.

Los síntomas de trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho se objetivaron el día 06.01.09, durante su ingreso en UMI.

El dolor en ningún momento presentó características pleuropulmonares (dolor pleurítico) además de no ir acompañado de síntomas respiratorios [disnea, taquipnea (...)], como ocurrió exclusivamente en el ingreso de 02.01.09.

Al no presentar los síntomas más frecuentes en la clínica del tromboembolismo, ni disnea, ni dolor pleurítico, ni taquipnea, ni tos -o hemoptisis- la sintomatología era totalmente inespecífico, de modo que en absoluto hacía sospechar un TEP.

B.- Que la aparición de una ETV en una joven de 22 años es una complicación excepcional, si tenemos en cuenta que no se da ningún factor de riesgo absoluto, puesto que: no existe constancia de traumatismo, ni cirugía previa, no existió fractura, no existió una inmovilización absoluta, no tenía prohibición para la deambulación, no existiendo antecedentes familiares ni personales conocidos de patología de la coagulación.

C.- La aparición de un tromboembolismo pulmonar (TEP) es un acontecimiento que no resultaba previsible y que no depende de la actuación de los profesionales sanitarios, que fue correcta.

El manejo de la paciente una vez diagnosticado el TEP fin adecuado y la evolución ha sido favorable.

El síndrome postflebítico, es la secuela habitual 80% de una trombosis venosa profunda. (...).”

También en relación con la atipicidad de los síntomas de la paciente en relación con el tromboembolismo pulmonar se muestra el informe del Jefe de Servicio de Urgencias, Dr. A.Y.: *“Los síntomas no son los habituales en un TEP”*.

Por todo ello, debemos reiterar, por un lado, que la actuación de los facultativos fue conforme a la *lex artis* en todo momento, pues fueron realizando las pruebas y aplicando el tratamiento adecuado a los síntomas que en cada momento presentaba la paciente, no siéndoles exigible el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar hasta enero de 2009, momento en el que debutaron los síntomas propios de esta patología, que se trató adecuadamente.

Las secuelas a las que alude la interesada son las complicaciones propias de su patología, sin que sean imputables a una incorrecta actuación de los servicios sanitarios.

Por otro lado, en relación con la flebitis y síndrome postflebítico en el miembro inferior derecho de la interesada, ha de decirse que, como se señala en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, es la secuela habitual (80%) de una trombosis venosa profunda. Y hasta el 6 de enero de 2009 no existe constancia de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores que permita establecer relación alguna con la atención sanitaria prestada en agosto de 2008, *“(…) se retira catéter femoral derecho y se coloca en subclavia vía venosa central”*.

Por todo lo expuesto, la Propuesta de Resolución resulta conforme a Derecho en cuanto desestima la pretensión de la interesada, por no haber relación de causalidad entre los daños alegados y el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, que en todo caso actuaron conforme a las exigencias de la *lex artis ad hoc*.

C O N C L U S I Ó N

Es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, pues debe desestimarse la pretensión de la reclamante.