



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 4 5 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 29 de abril 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 J.F.C.N., en nombre y representación de F.N.A., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 5/2012 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. Mediante escrito de 23 de diciembre de 2011, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias solicita de este Consejo dictamen preceptivo por el procedimiento ordinario, con arreglo a lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo, y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), respecto de la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial incoado a instancia de F.N.A. (la reclamante) a consecuencia de la deficiente asistencia prestada por el Servicio Canario de la Salud, por cuanto el tratamiento al que fue sometida determinó la amputación de sus cuatro miembros.

La reclamante solicita 1.801.000,00 euros de indemnización, valoración que se realiza "teniendo en cuenta, en primer lugar, los gravísimos daños morales, provocados tanto en su persona como en los de su familia; en segundo lugar, las consecuencias económicas que conlleva la dependencia total y absoluta de terceras personas en la vida diaria de [la reclamante (...)] en la que habría que tener en

---

\* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

cuenta un mínimo de cuatro personas por día, distribuidas en los correspondientes turnos, por siete días a la semana y cincuenta y dos semanas al año, a una media de 2.000,04 euros mensuales de salario por persona y mes, además de la cotización correspondiente a la Seguridad Social, al requerirse un personal con cualificación suficiente para desarrollar los cuidados que requiere (la reclamante)".

2. La Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín es competente para instruir y elaborar el informe Propuesta de Resolución de conformidad con la Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud de 22 de abril de 2004, por la que se revoca la delegación de competencias en materia de responsabilidad patrimonial en la Secretaría General efectuada mediante Resolución de 13 de julio de 2001 y por la que se delegan competencias en dicha materia en determinados órganos del citado Organismo Autónomo.

La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para hacerlo [art. 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC)], y los arts. 4.2 y 6.1 RPAPRP, mediando representación bastante acreditada en las actuaciones (art. 32.1 LRJAP-PAC). Se ha dado cumplimiento asimismo a los restantes trámites exigibles, como son los de admisión a trámite, prueba documental y testifical (art. 9 RPAPRP), siendo rechazada esta última por "innecesaria al contar con información suficiente emitida por los facultativos que prestaron la asistencia sanitaria" a la reclamante), audiencia de parte (art. 11 RPAPRP) e informe de los Servicios afectados (art. 10.1 RPAPRP), que resultan ser los de Medicina Intensiva y Cardiovascular.

La reclamación tuvo entrada el 19 de octubre de 2005, siendo así que el alta hospitalaria fue de 6 de agosto de 2003 con la indicación "rehabilitación ambulatoria y recuperación domiciliaria", teniendo lugar la última revisión el 13 de enero de 2004. El plazo vencería el 13 de enero de 2005 (art. 4.2 RPAPRP), por lo que la reclamación estaría fuera de plazo. Ciertamente, la reclamante fue ingresada el 14 de abril de 2004, con alta el 10 de junio de 2005, pero la causa del ingreso fue "tos y expectoración" al haberse producido un "incremento de su disnea basal (...) y deterioro de funciones superiores", con diagnóstico de "sepsis de origen respiratorio. Neumonía extracomunitaria"; dolencia que no parece que tenga que ver con aquella a la que se imputa la causación del daño por el que se reclama y por ello no ha podido interrumpir el plazo de prescripción de la acción.

El Consejo, en sesión de la Sección Primera de 9 de febrero de 2012, adoptó los acuerdos, con suspensión del plazo de emisión del dictamen solicitado, de interesar la "razón por la que se entienda no prescrita la acción para reclamar", por qué en 2002 y 2003 fueron informados los familiares y no la interesada sobre los "riesgos del tratamiento" y la "pertinencia de amputación", y si la paciente estaba "en condiciones de ser informada y prestar su consentimiento".

El informe del Servicio de Inspección, de 16 de febrero de 2012, manifestó respecto de la primera cuestión que "puesto que el carácter permanente de la lesión se estableció el 6 de agosto de 2003 (alta hospitalaria), aun admitiendo el 18 de enero de 2004 (fecha del informe del Dr. F.), dado que la reclamación se ha presentado el 19 de octubre de 2005 ha transcurrido sobradamente el plazo de un año, por ello el derecho a reclamar está prescrito".

Respecto de la segunda, consta en la historia que "los familiares fueron informados de la grave situación en la que se encontraba la paciente y de las alternativas terapéuticas (folio 80.1), así como la autorización para la amputación (folio 103)". La razón de ello, según el mismo informe del Servicio de Inspección, de 16 de febrero de 2012, es que se trataba de una paciente de "alto riesgo" de modo que las "cirugías practicadas se produjeron ante situaciones extremas", lo que excusaría la prestación directa de consentimiento por parte de la afectada.

Reformulada la Propuesta de Resolución -con sentido desestimatorio, por extemporánea y por razones de fondo-, fue elevada a definitiva por el Director del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, vencido el plazo para la resolución del procedimiento, aunque pesa sobre la Administración el deber de resolver expresamente.

3. Según resulta del escrito de reclamación, el 27 de diciembre de 2002, F.N.A. acudió a los Servicios de Urgencia del hospital de Gran Canaria Doctor Negrín con "un dolor de cuatro días de duración en la región mandibular y paladar duro no existiendo relación con la deglución". Se diagnosticó "ANGOR DE REPOSO" (Dr. H.), quedando ingresada siendo intervenida el 4 de enero de 2003 para realizarle un "triple bypass aortocoronario a D.A., O.M. y D.P.". Finalizada la intervención, fue trasladada a la UMI, sufriendo complicaciones que fueron tratadas con IABP y "CATECOLAMINAS A DOSIS ALTAS" (desde la fase anestésica), padeciendo "distrés respiratorio, insuficiencia renal, isquemia y necrosis distal de extremidades, PROBABLEMENTE

SECUNDARIA A CATECOLAMINAS". A consecuencia de ello, se tuvo que realizar "amputación infracondílea bilateral y amputación de dedos de extremidades superiores", según informe, de 18 de enero de 2004 (Dr. J.J.F.), del Médico Adjunto de Cirugía Cardiovascular del hospital Dr. Negrín.

El día 6 de agosto de 2003, la reclamante es dada de alta por el Dr. J.A.S., médico adjunto de Cirugía Cardiovascular, sin que en el informe de alta especificara la causa de la necrosis distal de MM.II. y MM.SS. Tal omisión se produce -según la reclamante- "intencionadamente con el objeto de que no se conozca el verdadero origen de la misma".

La reclamante considera que la "negligente" administración de "altas dosis" de catecolaminas se halla "directamente relacionada con la necrosis", causa de la amputación de miembros, daño resultante de un mal funcionamiento del servicio público sanitario.

## II

1. Según la fundamentación de la Propuesta de Resolución, "la paciente ingresa en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, el 27 de diciembre de 2002, a las 06:41 horas, por infarto agudo de miocardio. El 29 de diciembre de 2002, ingresa en UMI donde se le practica cateterismo coronario el 31 de diciembre de 2002, con diagnóstico de enfermedad coronaria de tres vasos.

El 4 de enero de 2003, alrededor de las 12.30 horas, inicia deterioro hemodinámico que requiere cirugía urgente, ingresando en quirófano en mala situación clínica, inestable y con balón intraaórtico por su estado crítico (...) procediendo a triple by-pass aorto coronario".

La evolución fue "indeseable", como resulta de las anotaciones clínicas: 6 de enero (persiste la situación de "shock cardiogénico y fracaso multiorgánico. Principal problema el deterioro renal (...)" ); 7 de enero ("se ha mantenido en bajo gasto cardiaco que se ha intentado remontar con expansión, ajustando parámetros del marcapasos, con catecolaminas, e incluso implantando electrocatéter de marcapasos auricular, pero sin éxito (...). Mala evolución. Se informa a la familia"); 11 de enero ["continúa con mala perfusión distal en el contexto del shock (...). Tras disminuir paulatinamente la dosis de catecolaminas, se retiran el día 12 de enero de 2003"]; el 13 de enero es valorada por Cirugía Vascular, por "persistir los signos de mala perfusión periférica".

2. El Servicio de Medicina Intensiva informa que:

«(...) La paciente ingresó con diagnóstico de "infarto de miocardio sin onda Q, acompañado de disfunción ventricular moderada-severa, insuficiencia mitral aguda e insuficiencia cardíaca". Inicialmente se trató con tratamiento anticoagulante, antiagregante, vasodilatadores, antianginosos y balance hídrico negativo. La paciente presentó episodios de angor post-infarto y el 31/12/02 se realizó cateterismo coronario que mostró enfermedad moderada de tronco y tres vasos con disfunción VI moderada e insuficiencia mitral severa. La evolución posterior fue desfavorable con empeoramiento de los síntomas y shock cardiogénico que requirió soporte con balón de contrapulsación intra-aórtica (BCPA), por lo que el 4/01/03 ante el compromiso de la vida de la paciente se decidió intervenir quirúrgicamente para realizar revascularización coronaria de emergencia.

En la intervención se practicó triple by pass aorto-coronario a las arterias descendentes anterior, oblicua marginal y descendente posterior, y salió de circulación extracorpórea necesitando dosis elevadas de catecolaminas y soporte circulatorio BCPA. En el postoperatorio inmediato presentó datos de infarto perioperatorio (cambios electrocardiográficos y elevación enzimática), síndrome de bajo gasto cardíaco y shock cardiogénico con signos de mala perfusión periférica, insuficiencia renal aguda oligoanúrica y fallo multiorgánico. Se decide iniciar depuración extrarenal con hemofiltración veno venosa continua y se mantuvo soporte inotrópico y vasopresor con adrenalina y dopamina además de BCPA y marcapasos transitorio».

En cuanto a las catecolaminas -según la reclamante, causa inicial del proceso clínico que derivó en el daño por el que se reclama- el mismo informe señala que "las catecolaminas se pudieron ir disminuyendo paulatinamente en función de la tolerancia hemodinámica de la paciente, el 10/01/03 se retira el BCPA y se mantuvo con dosis bajas de catecolaminas que se retiraron completamente el 12/01/03".

Por lo que respecta a la necesidad de administración de las catecolaminas, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones indica que:

“(...) para mantener el gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca y la presión arterial adecuada se requiere entre otras drogas el uso de catecolaminas. El shock cardiogénico es una emergencia médica, tiene un pronóstico con una mortalidad aproximada del 85%, se caracteriza por una vasodilatación generalizada y la aparición de trombos en toda la microcirculación que ocasionan infartos tisulares y

en consecuencia el fallo multiorgánico, causante de la gran mortalidad de esta patología”.

«“(…) la utilización de catecolaminas en el tratamiento del shock cardiogénico se realiza con la intención de conseguir una vasoconstricción que permita redirigir la circulación sanguínea, poniendo como objetivo la perfusión de los tejidos de los órganos vitales” (...). En esta paciente se precisaron dosis altas de catecolaminas para conseguir tal efecto, sin que en ningún momento se utilizaran dosis superiores a las requeridas para conseguir el objetivo terapéutico, que sin duda es el principal responsable de la supervivencia de la paciente. Por todo ello, “NO EXISTE relación entre las dosis de las catecolaminas y la isquemia distal. La isquemia distal es consecuencia del SOC. Y la dosis de catecolaminas SI ESTÁ EN RELACIÓN con la supervivencia de la paciente”».

El informe del Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular señala que:

“Las lesiones isquémicas en extremidades superiores y extremidades inferiores que padeció la paciente son secundarias al estado shock cardiogénico que padeció antes, durante y después de cirugía cardíaca y de la necesidad de administrar catecolaminas para mantener con vida a la enferma. La catecolaminas y el estado de shock cardiogénico con necesidad de inotrópicos (catecolaminas) tiene como efecto colateral adverso el producir isquemia y necrosis periféricas (extremidades superiores e inferiores) con necesidad, en ocasiones (dependiendo del grado de isquemia y lesión) de amputación parcial de las extremidades caso que le ocurrió a la paciente que precisó de amputaciones de dedos en manos y amputación infracondílea bilateral.

La administración intravenosa de catecolaminas es práctica habitual en los Hospitales como medida de primer orden para mantener la presión arterial y hemodinámica y por lo tanto mantener la vida del paciente. Está ampliamente reportado en la literatura médica y es sabido por todos los médicos que tratan a paciente en estado crítico que las catecolaminas a altas dosis en paciente en fallo cardiocirculatorio y shock pueden producir como efecto colateral adverso, lesiones isquémicas y necrosis de extremidades superiores e infecciosas con necesidad de amputación.

De lo expuesto se deduce que cuando en los informes médicos consta uso de catecolaminas a dosis altas no significa como alega el reclamante uso negligente, sino que la paciente precisó dosis altas de catecolaminas para conseguir el efecto vasoconstrictor que se pretendía en una situación de riesgo vital, sin que en ningún

*momento se utilizaran dosis superiores a las requeridas para conseguir el objetivo terapéutico”.*

Es decir -se concluye- la interesada basa su reclamación única y exclusivamente en la expresión “dosis altas de catecolaminas”, pero sin desvirtuar en ningún momento el contenido de los distintos informes que obran en las actuaciones o incluso “señalando cuál hubiera sido la dosis adecuada de catecolaminas”.

### III

Se administró catecolaminas a la paciente: adrenalina y, sobre todo, dopamina. La adrenalina aumenta el inotropismo, la frecuencia cardiaca y la presión arterial, siendo útil “en situaciones extremas como en el shock cardiogénico en forma de perfusión continua (0,01-1 m gr/Kg/min) o en la parada cardiaca en forma de bolos de 1-2 mg. A bajas dosis (menos de 0.1 m g/kg/min), predominan los “efectos vasodilatadores”. Dosis más altas producen “un aumento de la presión arterial sistémica y de la presión de perfusión miocárdica, y, de esta forma, un aumento del flujo sanguíneo miocárdico”. A dosis muy elevadas, produce “importantes isquemias distales”.

Aunque la adrenalina no se considera un agente inotrópico de primera línea, es útil combinado con dopamina o dobutamina para aumentar la contractilidad miocárdica, sobre todo en situación de resistencias periféricas bajas. La dopamina es una catecolamina utilizada para el tratamiento del shock cardiogénico. Incrementa el gasto cardiaco, la presión arterial, la diuresis y la frecuencia cardiaca, consecuencia de “la vasoconstricción de las arteriolas y de las venas, incrementando la P.A. y la resistencia vascular sistémica”, pero como efecto negativo figura el de “vasoconstricción periférica”.

Ciertamente, sin catecolaminas la vida de la paciente peligraría; y si la vida de la paciente requería administrar catecolaminas a dosis altas, entonces hay riesgo de isquemia distal y vasoconstricción, con riesgo de necrosis periférica. La cuestión no es si hay conexión o no entre tal secuencia de hechos -que al parecer la hay- sino si el tratamiento aplicado a la paciente era el requerido para el su dolencia padecida y la gravedad de su estado; es decir, si la dosis de catecolaminas fue anormalmente alta dado el estado de la paciente o si, por el contrario, siendo altas sin embargo eran las adecuadas, al margen de sus consecuencias.

Pues bien, la reclamante considera que la necrosis distal de extremidades, causa de su amputación, derivó de la administración a “dosis altas” de catecolaminas por excesivas e inadecuadas. La Administración sanitaria informa que el hecho de que las dosis fueran altas no significa que fueran inadecuadas sino superiores a la media. Y es cierto. Que las dosis hayan sido *altas* por así requerirlo el objetivo terapéutico y el estado de la paciente no significa que hayan sido *excesivas*. Sobre todo, porque la reclamante en ningún momento prueba que las dosis administradas superaban los baremos máximos de seguridad o de tolerancia.

La Administración sanitaria, por el contrario, indica que el tratamiento aplicado fue el adecuado y que la necrosis distal no fue sino la indeseable consecuencia de la aplicación de un tratamiento que salvó la vida de la paciente. Por ello, hay que concluir con la Propuesta que “NO EXISTE relación entre las dosis de las catecolaminas y la isquemia distal. La isquemia distal es consecuencia del SOC y la dosis de catecolaminas SÍ ESTÁ EN RELACIÓN con la supervivencia de la paciente”, sin que la interesada haya probado que fueron aplicadas indebidamente en exceso.

Se trataría en última instancia, de un daño inevitable que la paciente “tiene el deber jurídico de soportar” (art. 141.1 LRJAP-PAC), pues lo que estaba en juego era su propia vida.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada es conforme a Derecho.