



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 152/2014

(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 L.R., M., J.L. y C.M.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 131/2014 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

Mediante escrito de 28 de marzo de 2014, 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, en relación con lo previsto en el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo, sobre la 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. (los interesados) por el fallecimiento de su madre, que 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 más tarde. En este sentido, entienden que se dio dicha alta sin valorar adecuadamente el estado de salud de la paciente, y, por

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

tanto, sin ser debidamente tratada. Además, en el cateterismo que se le practicó 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, nº 7554, de 8 de octubre de 2005, bastaba para advertir su incorrección al desconocerse la situación médica de la paciente en su integridad.

II

En este asunto, el Consejo Consultivo ya emitió un anterior dictamen (389/2012) en el que consideró que “aún admitiéndose como adecuada la asistencia a lo largo de la evolución de la dolencia cardiológica de la paciente (se debiera) 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 (...). No basta (...) alegar (...) 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.

(...) 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. (...) Y, además, si tal revascularización tiene alguna alternativa posible, conociéndola en su caso la paciente para decidir al respecto”.

En cuanto a los requisitos de procedimiento (legitimación, plazo, competencia instructora y resolutoria, informe del Servicio, prueba y audiencia, también tras la instrucción complementaria realizada), nos remitimos al dictamen anteriormente emitido en evitación de reiteraciones innecesarias.

III

1. En cuanto a los hechos determinantes de la reclamación presentada, los interesados alegan que el fallecimiento de su madre se debió básicamente a 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, traqueítis o dolor de músculo esquelético).

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, al privarse a la paciente de expectativas de curación.

El informe de 9 de octubre de 2008, del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), estima correctos los términos de los informes emitidos, por el Jefe del Servicio de Cardiología y por el Servicio de Urgencias del Centro hospitalario actuante que atendieron a la paciente. 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, su estado de salud era frágil 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 cardíacos 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 en cada momento con todos los medios diagnósticos y terapéuticos que requería su particular situación.

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 cardiaco, 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, 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 al haberse sometido anteriormente (30/09/2002 y 30/04/2003) a pruebas similares.

Además, en el documento de consentimiento se recogen como complicaciones las 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.

2. 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 informa que en el periodo 1993-2005 a la paciente se le realizaron numerosas coronariografías, apreciándose 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.

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. Como se dijo, la historia clínica evidencia una evolución de progresivo empeoramiento de la dolencia de la paciente, conocida, con síntomas debidamente valorados y tratados.

IV

Tras la instrucción complementaria, se emite informe del Servicio de Cardiología del que resulta que la paciente -que, se recuerda, había sido sometida a diversos procedimientos de revascularización previa al día del fallecimiento, "sin complicaciones"- ingresó en "situación crítica" (que se califica de "fallo cardiaco agudo"). La hemorragia fue debida al tratamiento "anticoagulante coadyuvante e imprescindible para hacer la coronariografía [(...) por lo que] es muy probable que la situación crítica de la paciente ya hubiera consumido mecanismos de defensa naturales que favorecieron la aparición de la hemorragia". Si no se hubiera hecho,

“las posibilidades de fallecimiento de la paciente serían prácticamente del 100%, ya que el tratamiento conservador, consistente en fármacos y apoyo hemodinámico, tiene, *a priori*, peor pronóstico”.

Se trató, pues, de una intervención necesaria y casi inevitable, aunque de riesgo dado el estado de la paciente; pero “si no se hubiera realizado el cateterismo las probabilidades de fallecimiento de la paciente serían del 100%”. Ciertamente, había una alternativa (fármacos y apoyo hemodinámico), pero tenía peor pronóstico.

El consentimiento informado de la prueba contaba con posibles efectos, entre otros, de “hemorragias”; riesgos que aumentaban por el estado de la paciente y su fragilidad extrema. Había que optar, pues, por sendas malas alternativas: No intervenir y riesgo de muerte segura o intervención con riesgo de muerte. Se optó por esta segunda, asumiéndose riesgos generales que se detallan en el impreso de consentimiento aunque, quizás, se debería haber hecho más concreto, con señalamiento de riesgos personalizados dado el estado de la paciente y sus antecedentes, aunque se supone que de todo ello fue informada la paciente o sus allegados, pues el impreso de consentimiento se firmó.

En cuanto a la causa de la hemorragia se dice que pudo deberse al “propio tratamiento anticoagulante”, pese a que se le administró “la menor cantidad posible”.

Pero se trataba de una paciente con frágil el estado de salud -paciente con multipatología de riesgo cardíaco, con diabetes e hipertensión arterial- que hacía que la evolución no fuera previsible; fue valorada varias veces decantándose problema cardíaco; la revascularización practicada era “imprescindible” pues la coronariografía practicada, como prueba diagnóstica adecuada, confirmó enfermedad de tres vasos; y la alternativa tenía peor pronóstico.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución analizada, desestimatoria de la reclamación, es conforme al Ordenamiento jurídico.