



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 198/2014

(Sección 2ª)

La Laguna, a 3 de junio 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.S.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 172/2014 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS). La solicitud de dictamen, de 24 de abril de 2014, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 6 de mayo de 2014. 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 con los arts. 8 y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), 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 del afectado (que actúa por medio de representación), al pretender el resarcimiento de un daño sufrido en la persona de su padre como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

* PONENTE: Sr. Bosch Benítez.

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 SCS, 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 SCS.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 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, a no haber transcurrido el plazo establecido de un año desde la producción del daño, a computar desde la fecha en que se determinan las secuelas definitivas.

III

1. El interesado fundamenta su reclamación, de 13 de marzo de 2006, en los siguientes hechos:

El 29 de noviembre de 2005, el padre ingresó en la C.P.S. a efectos de practicársele intervención quirúrgica de la cadera derecha en el día 30 de noviembre de 2005. Una vez realizada dicha intervención, el afectado fue asistido en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y seguidamente fue trasladado a planta, momento en el que alega haber sufrido una trombosis por pasarlo de la cama a la camilla (para subirle a planta). Los facultativos que le asistieron, al observarle febril y explorarle físicamente, trataron al paciente con antibióticos y le practicaron transfusión de sangre y analíticas.

Por las razones expuestas, el hijo del afectado reclama de la C.P.S. explicación de las causas del daño neuronal-postoperatorio sufrido por el padre así como del *shock* séptico sufrido.

2. Dicha reclamación fue reiterada por el interesado el 1 de diciembre de 2006, al no haber obtenido respuesta alguna por parte del SCS. Por lo que, en marzo de 2007, el facultativo informa al interesado sobre las causas reclamadas indicando:

“El paciente fue intervenido siguiendo los protocolos pre y postoperatorios que incluyen la administración de antibióticos (como preventivo de un proceso infeccioso) y heparina de bajo peso molecular como preventivo de procesos trombóticos y embolígenos.

La insuficiencia cerebrovascular sufrida por el paciente podría estar relacionada con algún problema anterior no detectado previamente ya que no existían antecedentes que hicieran pensar en esa posibilidad.

No existe aparentemente ninguna relación entre el procedimiento quirúrgico efectuado y esta complicación. En cuanto al shock séptico sufrido, y solucionado, cuadro sufrido según la sintomatología, su etiología podría haber sido una diseminación bacteriana por baja de defensas a pesar del tratamiento antibiótico que estaba recibiendo.

Las complicaciones de trombosis e infección se encuentran entre las relacionadas en el consentimiento informado que reciben y firman los pacientes antes de la intervención”.

Con posterioridad, el hijo del paciente mostró su disconformidad con el mencionado informe, reiterando su reclamación mediante escrito de 5 de junio de 2007 ante el SCS. En el referido escrito el interesado alega, además, que su padre ha sufrido depresión, graves trastornos e invalidez permanente, por lo que solicita indemnización sin determinar cuantía al respecto.

IV

1. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- La Secretaria General del SCS requiere del interesado la subsanación y mejora de la solicitud formulada, de acuerdo con el art. 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de la Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Mediante dicho requerimiento se indica al interesado que proponga cuantas pruebas estime convenientes. El interesado atendió oportunamente el requerimiento efectuado, pues, entre otras, obra en el expediente

la autorización para el acceso a los datos clínicos del paciente y el expediente para la obtención del duplicado de Libro de Familia.

- Mediante Resolución de 10 de octubre de 2007, se admite a trámite la reclamación formulada. En la misma se comunica al interesado el haber solicitado el informe preceptivo del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), así como la declaración de suspensión del procedimiento por el tiempo que medie entre la solicitud y recepción del referido informe, y en todo caso por plazo máximo de tres meses.

- Así, el órgano instructor del procedimiento con carácter reiterado tuvo que solicitar el informe preceptivo del SIP, hasta que el 21 de marzo de 2011 remitió el mismo.

- Mediante acuerdo de 10 de mayo de 2011, se admitió toda la documental propuesta por el interesado a efectos probatorios así como la recabada por el órgano instructor del procedimiento.

- El 24 de julio de 2013, el Instructor del procedimiento solicita informe aclaratorio al SIP, que es recibido el 2 de agosto de 2013.

- El 5 y 26 de agosto de 2013, respectivamente, tras haberse emitido informe complementario del SIP, se concedió nuevo trámite de audiencia al interesado.

- Finalmente se emitió la Propuesta de Resolución, el 27 de marzo de 2014, tras haber sido considerada ajustada a Derecho por el Servicio Jurídico mediante informe emitido el 25 de marzo de 2014.

2. En este caso, el plazo de resolución está vencido, sin que se haya justificado la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 LRJAP-PAC).

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución, en virtud de la información recabada a lo largo de la tramitación del procedimiento, desestima la reclamación del interesado por entender que no concurren los elementos que justificarían la existencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración en este asunto.

2. En el resumen de los hechos, según historia clínica del paciente, se observa lo siguiente:

“(...) varón de 61 años de edad con antecedentes quirúrgicos hemorroides, apendicetomía, antecedentes personales baso celular suco nadogeniano D, depresión severa en tratamiento. Artroplastia total de cadera D con prótesis de tipo CLS con componentes no sentados.- ACV isquémico territorio vértebra-basilar (área de encefalomalacia cerebelsa I 29/11/2005): secuelas de ataxia hemicorporal D e hipoestesia de extremidades I. Disartria realizado tratamiento rehabilitador en C.P.S. durante un mes. Realiza marcha con andador en domicilio. Precisa ayuda para alimentación y aseo. Incontinencia urinaria. En la exploración física: funciones superiores conservadas. Disartria, con habla levemente escándida. Ataxia hemicorporal D. Disimetría dedo-nariz. No temblor ni rigidez extrapiramidal. BA hombro: flex 0-90°, abd 0-90°, yocum-. Hawskins+. BA cadera I: flex 0-90°, Abd 0-45°. Estabilidad articular en rango explorado. Resto de BAs libres. BM hemicuerpo D a 4/5. Transferencia con dos ayudas. Marcha con dos ayudas, con flexión de tronco, atáxica. Juicio clínico: prótesis de cadera D. ACV isquémico territorio vértebra-basilar. Tragiol gotas XV/8 horas n+ nolotil cáps. Se solicita valoración foniátrica. Se remite a tratamiento rehabilitador con la siguiente pauta de tratamiento: autopasivos de MSD. CTA analítica hombro D. TENS analgésico 70 Hz transarticular hombro. CTA R MMII. Reeducción de marcha y transferencias. Será revisado al finalizar.

En fecha 10 de mayo de de 2006, el paciente refiere dificultad para el habla desde que se intervino, artoplastia total de la cadera, el 30 de noviembre de 2005. Acompañado de dificultad para la deglución de líquidos. Refiere dificultades de memoria (...) Revisión a los tres meses (...) el día 28 de marzo de 2007, nula mejoría funcional. Realiza marcha con andador, muy inestable. Incremento de dolor en C cervical y hombros. Test up and go > 30 seg. Sd. Subacromial bilateral, con dolor en últimos grados de hombros. Por lo demás, sin cambios en la exploración física ni funcionales. Patizal 1 c/8 horas vo. Debe perder peso. Hablo con el hijo la necesidad de que salga a la calle y camine acompañado con andador, y no limite su vida a domicilio (...)” (folios del expediente 000071 y ss.).

3. Partiendo de los informes obrantes en el expediente, el primer informe del SIP consideró:

“(...) una vez valorado este expediente, entendemos que por razones de operatividad, con el fin de mejorar la gestión de los procedimientos asignados, y dado que el Informe emitido por cada uno de los Facultativos Especialistas que se

acompañan, responde íntegramente a las preguntas formuladas desde este Servicio, así como al objeto de la reclamación y a todos los términos sobre el que se reclamaba nuestra actuación, no existe otra circunstancia a añadir (...)”.

El informe complementario del SIP señala literalmente lo que sigue:

«A.- el reclamante recibe tratamiento profiláctico con Cefazolina 2gr. (Kurgan) en relación a la cirugía para artroplastía total de cadera derecha practicada el 30 de noviembre de 2005, durante su ingreso hospitalario (29 de noviembre hasta el 30 de diciembre de 2005) en la Clínica P.S.

B.- Inicia cuadro febril el día 10 de diciembre de 2005. Se aplica medicación antitérmica, antibioterapia y medios físicos. Al día siguiente, presenta cuadro compatible con shock séptico con hipoperfusión periférica. Es revalorado y prosigue tratamiento con antibioterapia (Imipenem y Gentamicina)

Se extraen muestras para hemocultivos que resultaron negativos, esto es, no se aislaron microorganismos una vez transcurrido el período de incubación.

A partir del 13 de diciembre, después de 72 horas del tratamiento adecuado se describe una buena evolución clínica con franca mejoría, con estabilidad, asintomático y afebril como remisión del cuadro séptico.

La evolución seguida es satisfactoria como lo demuestra la desaparición de los síntomas y en los resultados de las analíticas, resolviéndose el cuadro, causando alta hospitalaria en la fecha 30 de diciembre de 2005.

C.- Ya se manifestó por parte del Dr. G.: “en cuanto al shock séptico sufrido, y solucionado, cuadro sugerido según la sintomatología, su etiología podría haber sido una diseminación bacteriana por baja de defensas a pesar del tratamiento antibiótico que estaba recibiendo”.

Ello concuerda con la presencia de una bacteriemia transitoria que pudiera atribuirse a la manipulación instrumental quirúrgica.

La presencia de un cuadro infeccioso es una complicación típica descrita en los documentos de consentimiento informado.

D.- En fecha 19 de enero de 2006, es valorado en Consultas Externas de Medicina Interna del Hospital Universitario Insular siendo derivado entonces a consultas y seguimiento por la especialidad de Neurología ajena al proceso infeccioso, ya resuelto.

En nueva consulta de fecha 23 de febrero de 2006, a la vista de la evolución y de la normalidad de las analíticas practicadas, causa alta en MI.

E.- A modo de conclusión, el cuadro séptico por el que se solicita informe, precisó manejo antibiótico, durante su estancia hospitalaria y obtuvo una remisión y resolución completa, sin secuelas».

Este informe se basa, a su vez, en los informes preceptivos de los especialistas que asimismo figuran en el expediente. Así, el informe de consulta externa de la Neuróloga, sin fechar, en el que tras valoración se le diagnosticó ictus de p. aterotrombótico en territorio vertebro-basilar. Infarto ponto-cerebeloso derecho. (Folio del expediente 82).

El informe del Neurólogo, de 1 de julio de 2009, señaló que de entre los posibles diagnósticos en el paciente no se pudieron demostrar los criterios necesarios para el diagnóstico definitivo. No obstante, en el cuestionario realizado al Jefe de Servicio de Traumatología, éste declaró que ante la enfermedad del paciente, compleja de diagnosticar en su origen debido a la reciente intervención quirúrgica, finalmente fue diagnosticado de infarto ponto-cerebeloso que había provocado un ictus en territorio vertebro basilar, y que, en todo caso, el paciente fue asistido eficientemente en todo momento.

El informe radiológico señaló que la dolencia es compatible con infarto isquémico en evolución de dependencia de la arteria cerebelosa superior y con posible participación de la cerebral posterior, de fecha 7 de diciembre de 2005.

Por su parte, el anestesiólogo, emitió informe que resulta bastante interesante al respecto, pues entre otras indica que no se observó ningún evento que hiciera sospechar un posible aumento de la incidencia en la probabilidad de ocurrir un ACV en el postoperatorio. Además, señala que en general los eventos isquémicos son bastante improbables a las 72 horas. Continúa señalando que "A la vista de las pruebas complementarias realizadas al paciente las cuales descartan el origen cardiológico y grasa, la no existencia de algún fenómeno intra o postoperatorio inmediato y aunque el cuadro se haya presentado temporalmente durante el ingreso hospitalario, no se puede afirmar un origen intraoperatorio, por lo que se podría sospechar que pudiera deberse a otros factores de riesgo que el paciente padecía de forma clínica o subclínica o circunstancias de origen desconocidas". Por último, el citado facultativo indica que "el paciente recibió mediación para prevenir eventuales

complicaciones trombóticas, de acuerdo con el protocolo de la institución, y que recibió la atención adecuada al cuadro clínico presentado (...).”

En otro orden de cosas, consta en el expediente el consentimiento informado del paciente para prótesis articular del miembro inferior, así como para recibir anestesia, por lo que actuó asumiendo su propio riesgo. Asimismo, existe el consentimiento informado para transfusión de sangre y hemoderivados, cumpliendo por ello con la normativa vigente.

Los informes de alta, de fechas 7 y 30 de diciembre de 2005, respectivamente, indican que en la asistencia facultativa recibida por el paciente se realizaron, además de la exploración física oportuna, las siguientes pruebas: a) Radiología, que consistió en “RM cráneo con contraste” (el 7 de diciembre de 2005); “TAC de cráneo sin contraste” (el 5 de diciembre de 2005); “Doppler de TSA” “el 7 de diciembre de 2005”; “RM cráneo” (el 16 de diciembre de 2005; “RM cráneo” “29 de diciembre de 2005). También se le realizaron diversas exploraciones complementarias de carácter cardiológico y neumológico (ambas el 19 de diciembre de 2005).

Además, el citado informe de 30 de diciembre de 2005, en el apartado correspondiente a la “Enfermedad actual”, señala:

“Actualmente se encuentra cursando 4 semanas de haber sido intervenido de artroplastia total de la cadera derecha, durante su estancia ha presentado una evolución acompañada de alteraciones neurológicas y en estado general. Por lo que se solicitó IC a Servicio de MI (Medicina Interna) y de Neurología, Neumología y Cardiología. El paciente actualmente se encuentra hemodinámicamente, con alteraciones que se señalan en cada uno de los informes de la especialidad interconsulta. La cadera operada se encuentra bastante bien, con herida quirúrgica en buen estado. Movilidad pasa de 0-90 activa con dificultad por el daño neurológico sufrido”.

Este informe concluye con el diagnóstico de “coxartrosis derecha”, recomendando específicamente al paciente “continuar con proceso de rehabilitación en este centro. Caminar todo lo que pueda en la medida de lo posible con ayuda de andador y de acompañante”.

4. Se adjunta al expediente informe que lleva por rúbrica “Evolución Médica de Hospitalización”, referida al periodo comprendido entre los días 7 y 29 de diciembre de 2005, así como análogo informe referido a la “Evolución de Enfermería” del 1 al 30 de diciembre de 2005. Esta documentación acredita que el paciente fue atendido

por los facultativos en todo momento mediante las pertinentes pruebas, tratamientos y asistencia durante su ingreso.

5. Por otra parte, y de forma no menos significativa, en el apartado "Episodios" de la historia clínica se comprueba que el 28 de diciembre de 2006 la trabajadora social realizó visita al paciente en su domicilio, e informa lo siguiente: *"Es viudo y convive con dos hijos, que según él no colaboran con cubrir sus necesidades, que son muchas, ya que está muy limitado por su enfermedad, quien le ayuda básicamente es su hermana, que viene cada día a hacerle la comida y asearle la casa. Se muestra bastante depresivo y escéptico con su recuperación (...)"*. Resulta evidente, pues, que el paciente no cumplió con la prescripción médica en lo que a dicha recuperación se refiere, puesto que el enfermo tenía que haber caminado, acompañado, cosa que no hizo.

6. Por todo lo expuesto, ha de concluirse que la praxis médica realizada fue adecuada al caso que nos ocupa, toda vez que los facultativos coinciden en sus respectivos informes en la correcta asistencia médica general que le fue prestada (y que, como se ha visto, se desprende del examen del expediente), siempre en función de las dolencias sufridas por el paciente, que además prestó su consentimiento, de acuerdo con la legislación aplicable en la materia.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo la desestimación de la reclamación presentada de conformidad con lo razonado en el Fundamento V.