



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 8 1 / 2 0 1 5

(Sección 2ª)

La Laguna, a 11 de marzo de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.R.H., en nombre y representación de su hijo menor L.R.P., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 49/2015 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. 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), Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

2. Los reclamantes solicitan una indemnización que asciende a la cantidad de 100.000 euros. Esta cuantía determina en todo caso la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación el primer precepto con el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. El interesado presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por considerar que la asistencia recibida por el menor fue inadecuada y causante de los daños soportados.

El reclamante en su escrito inicial alega, literalmente, como sigue:

* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

« (...) el hijo del actor acude el 06/04/2010 a Urgencias al presentar dolor abdominal.

El 13/04/2010 vuelve a acudir a Urgencias debido a que presenta dolor abdominal, vómitos, cólicos, se le receta Nolotil, y Primperan.

Ante la persistencia del dolor y los vómitos acude en la madrugada del día siguiente, 14/04/2010, a urgencia en donde se le vuelva a diagnosticar de dolor abdominal y se le receta Primperan. Ese mismo día acude a las 12:56 al ambulatorio y se le remite finalmente al Hospital Insular.

En el hospital Insular es remitido al Perpetuo Socorro en donde es diagnosticado de apendicitis aguda gangrenada y permanece hospitalizado hasta el 24/04/2010.

El 27/04/2010 vuelve a reingresar por presentar dolor abdominal+vómitos+fiebre postoperatoria. Se le realiza una Laparotomía Exploradora siendo diagnosticado de peritonitis plástica y siendo dado de alta el 30/04/2010.

(...) A resultas de las primeras asistencia y la posterior intervención quirúrgica, no sólo se ha producido un grave error en el diagnóstico, sino también mala praxis, que ha podido producirle a mi hijo unos daños irreversibles, así como el sacrificio de tener que volver a pasar por el quirófano para tener que ser nuevamente intervenido (...) ».

4. En el procedimiento incoado el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que actúa en representación de su hijo menor de edad alegando haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público.

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

La reclamación fue presentada por el interesado el 27 de septiembre de 2010, en relación con los daños soportados por el afectado durante el mes de abril del año 2010. No puede por ello ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-LPAC.

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 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.

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

II

1. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión del dictamen solicitado. Si bien, se incumplió el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado en virtud de Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), la demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos administrativos y aun económicos que procedan [arts. 42.1, 43.4.b) y 141.3 LRJAP-PAC].

2. Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de 4 de noviembre de 2010 por la Secretaria General de SCS, tras la subsanación de la reclamación presentada por el interesado el 18 de octubre de 2010 (art. 6 RPAPRP).

3. Sin perjuicio de lo que más adelante se indicará, se han emitido los informes de los Servicios que atendieron al paciente y a cuyo funcionamiento se imputa el daño, particularmente, para que a la vista de la Historia Clínica y del que provenga del servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, se valore la existencia o no de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y los daños y perjuicios por los que reclaman.

Así, obran en el expediente, entre otros, los siguientes informes:

Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP, en adelante) validado por el Servicio de Normativa y Estudios en fecha 25 de marzo de 2014, al que acompaña Historia Clínica del paciente obrante en la Clínica Perpetuo Socorro, en el Complejo Universitario Insular-Materno Infantil, en la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria; Informe emitido por el Servicio de Cirugía General y

Digestiva de la Clínica Perpetuo Socorro; informe emitido por el Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; y, finalmente, informes de las asistencias prestadas en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria.

4. En fecha 27 de junio de 2014, la instrucción del procedimiento acordó admitir las pruebas propuestas por el interesado así como la práctica de las mismas. Finalmente, en fecha 30 de junio de 2014, se concedió el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, sin que el interesado formulase escrito de alegación.

5. El procedimiento viene acompañado de la preceptiva Propuesta de Resolución emitida el 1 de diciembre de 2014, previamente informada con carácter favorable por el Servicio Jurídico en fecha 27 de noviembre de 2014, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero.

III

1. En el expediente resultan acreditados, particularmente, la siguiente secuencia de hechos de acuerdo con el contenido de los informes emitidos por los servicios sanitarios implicados, la Historia Clínica del paciente y que sintetiza el SIP en su informe. Así, indica:

«El 6 de abril a las 21:20 horas es atendido en el servicio de urgencias de centro atención primaria por un cuadro de vómitos. Refirió que desde la tarde vómitos, no diarrea, (...) dolor abdominal. A la exploración: abdomen dolor difuso. El diagnóstico fue crisis emética. Se le aplicó y pautó tratamiento. Se remitió a su médico general.

Siete días después (13 de abril a las 23:11 horas) acudió al mismo servicio de urgencias, refiriendo dolor abdominal cólico y vómitos de 6 horas de evolución.

En la exploración presentaba buen estado general, bien hidratado y el abdomen era blando, depresible, doloroso difusamente. No peritonismo. El diagnóstico fue de dolor abdominal inespecífico, se le aplicó tratamiento y se remitió a su médico general.

Transcurridas aproximadamente cinco horas y media (madrugada del día 14 de abril a las 04:55 horas), acudió nuevamente refiriendo que hacía 30 minutos se le reanudaron los vómitos, no diarrea y no fiebre.

Exploración: buen estado general y abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso de forma leve a la palpación. No peritonismo.

El diagnóstico fue el de dolor abdominal, se le trató y en el tratamiento recomendado se anotó "Si persisten vómitos, acudir al hospital"».

Las citadas actuaciones se desprenden de los informes clínicos, manuscritos e ilegibles algunos de ellos, obrantes en los folios 306 a 308 del expediente, suscritos por tres facultativos diferentes.

Continúa el informe del SIP, de acuerdo con lo informado por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital universitario Insular y por Cirujano General y Digestivo de la Clínica Perpetuo Socorro, en los términos siguientes:

«El mismo día, horas más tarde, es atendido en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, donde tras realizar anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias, es diagnosticado de apendicitis aguda y derivado a un centro concertado. El paciente presentaba una temperatura de 37,7°C y a la exploración abdominal dolor en FID (fosa iliaca derecha), Blumberg positivo.

Pruebas complementarias realizadas: analítica en la que destacaba una leucocitosis y una ecografía abdominal compatible con apendicitis.

Trasladado a la Clínica Perpetuo Socorro es atendido en el servicio de urgencias, siendo valorado por el Servicio de Cirugía que le pauta tratamiento (antibiótico), dieta oral absoluta e ingreso para intervención (según hoja de ingreso éste se produce a las 23.41 horas de día 14 de abril).

Se le interviene en la mañana del día 15 de abril, previa firma de los correspondientes consentimientos informados para anestesia e intervención quirúrgica, encontrando un apéndice retrocecal gangrenada con peritonitis. Se le practica una apendicectomía y lavados con suero fisiológico. Se le dejó drenaje. La anatomía patológica reveló: Apendicitis aguda gangrenosa con periapendicitis aguda.

La evolución fue favorable, aunque presentó fiebre y dolor abdominal en ocasiones, produciéndose el alta hospitalaria a los diez días de su ingreso (24/abril/2010) con el diagnóstico de: Peritonitis apendicular por apendicitis aguda gangrenada. Se le pautó tratamiento y se le citó para control a los dos días.

A los tres días del alta hospitalaria (27/abril/2010), acude al servicio de urgencias de la Clínica Perpetuo Socorro por presentar vómitos y dolor abdominal tipo cólico. En la exploración abdominal se encontró un abdomen blando, depresible, no palpando masas ni visceromegalias, no datos de peritonismo y un dolor a la palpación profunda difusa.

Se le realizaron pruebas complementarias:

** Rx abdomen: Asas delgadas dilatadas+ silencio en hemiabdomen izquierdo.*

** TAC abdomen (destaca): Pequeñas adenopatías mesentéricas reactivas; engrosamiento de la pared de asas de yeyuno e íleon, dilatación de las mismas. No se identifica líquido libre.*

** Analítica: plaquetas ligeramente aumentadas, leucocitosis, neutrofilia y monocitosis. Con el diagnóstico de suboclusión intestinal, se le pauta tratamiento y se decide su ingreso en el servicio de cirugía, siendo valorado por especialista.*

En la evolución posterior destaca el desarrollo de picos febriles, comienzo de deposiciones diarreicas, abdomen ligeramente doloroso a la palpación profunda al segundo día del ingreso. Se le solicitó hemocultivo, coprocultivo y Rx tórax cuyo resultado fue dentro de límites normales. A los tres días de su ingreso, encontrándose hemodinámicamente estable y habiendo desarrollado fiebre de 39°C, se traslada al Hospital de referencia con la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.

El 30 de abril de 2010 es trasladado (recurso de soporte vital básico) al servicio de urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, siendo valorado por médico especialista, destacando: fiebre (38,8°C); abdomen blando, depresible, doloroso en HI (hipocondrio izquierdo) donde se palpa un plastrón de asas, sin defensa ni peritonismo. Se le realizaron pruebas complementarias: analítica (destacando una leucocitosis), Rx abdomen (asas apelotonadas en HI). Juicio clínico: íleo paralítico prolongado, diarreas, absceso intraabdominal.

Se solicitó TAC abdomen-pelvis, el cual fue realizado el mismo día con el resultado de dilatación de asas intestinales con líquido interasas sin objetivar abscesos o colecciones delimitadas. En base a todo lo anterior, se decide una laparotomía exploradora, firmando los consentimientos informados para anestesia y para cirugía de urgencias. Se le interviene el mismo día encontrando una gran peritonitis plástica con abundante líquido purulento (...), por lo que se procedió a una liberación laboriosa de todo el intestino delgado, realizando lavados de cavidad

abundantes con suero. Se realizó cultivo del líquido ascítico lo que permitió aislar el germen y tratar adecuadamente.

Evolucionó favorablemente en los días posteriores, por lo que se decide el alta hospitalaria a los 10 días (10 de mayo de 2010).

Los controles posteriores fueron realizados en consultas externas (meses de mayo y agosto del mismo año y febrero de siguiente año). En dichos controles el paciente presentaba una buena evolución».

2. Por otra parte, obran igualmente en el expediente los consentimientos informados de fecha 15 y 30 de abril de 2010, sobre la intervención quirúrgica practicada (folios 89 y 191).

Los referidos hechos asistenciales que recibió el paciente así como las pruebas médicas que se le practicaron constan, entre otros, en los documentos sobre Observaciones de enfermería, Registro de Enfermería, del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

3. Por su parte, el instructor del procedimiento mediante la Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al considerar que no se ha llegado a acreditar la relación de causalidad entre la actividad sanitaria prestada al afectado como consecuencia de su diagnóstico y los daños soportados por éste, no apreciándose el error de diagnóstico alegado.

IV

1. Antes de entrar en el fondo del asunto planteado se ha de hacer referencia a los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, según la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo: el daño o lesión patrimonial sufrido por el afectado, evaluable económicamente, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

Sin embargo, en el ámbito sanitario la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza del citado servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, determinando si éstos han dado cumplimiento a sus obligaciones como profesionales de dicho sector

prestando, pues, la debida asistencia, sin que se pueda garantizar la curación del enfermo en atención a los medios técnicos y científicos de los que se dispone en cada momento en dicho ámbito.

2. En el caso que nos ocupa, la reclamación presentada por el interesado se fundamenta en la deficiente asistencia médica recibida por su hijo desde el momento inicial, esto es, desde el 6 de abril de 2010, alegando la existencia de un error en el diagnóstico que tuvo como consecuencia que el afectado tuviera que ser intervenido quirúrgicamente en varias ocasiones.

3. Analizada la documentación obrante en el expediente se observa que la instrucción del procedimiento solicitó y recabó uno de los informes preceptivos del servicio presuntamente causante del daño. Así, el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria indica:

«acudió al Servicio de Urgencias de este Hospital el 14 de abril de 2010 (...) el enfermo ha sido correctamente tratado tanto desde la primera intervención quirúrgica en la Clínica Perpetuo Socorro, como posteriormente (...)».

Igualmente obra en el expediente informe suscrito por Cirujano General y Digestivo de la Clínica Perpetuo Socorro, que exclusivamente hace alusión a la asistencia recibida por el afectado a partir del 15 de abril de 2010.

Sin embargo, el reclamante en su escrito inicial alega que se ha producido un grave error en el diagnóstico desde la primera asistencia recibida por el afectado. En este sentido, del examen de la historia clínica remitida por la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria del SCS, se observa que el 8 de mayo de 2008 el afectado acudió al médico por náuseas y dolor abdominal, con diagnóstico de dolor abdominal en cuadrante superior derecho, realizándosele analítica, que, según la visita realizada el 10 de junio de 2008, era correcta pese a existir algunos valores que se excedían de los normales; igualmente, el 11 de agosto de 2008 volvió a acudir al médico por vómitos; y el 18 de noviembre de 2008 acudió de nuevo con diagnóstico de "dolor abdominal cuadrante superior derecho", con nueva analítica que dio como resultado "normal". Asimismo, en el informe de la Clínica Perpetuo Socorro (folios 61 a 66), se indica en los antecedentes personales que *su madre refiere que desde hace meses y con cierta frecuencia presenta cuadro de dolor abdominal con episodios diarreicos*.

En el informe del SIP, se constata que la apendicitis es la inflamación aguda de este apéndice cecal, cuya causa fundamental es la obstrucción de la luz apendicular

(85% de los casos) y, tras la cual se produce una secuencia de acontecimientos, pudiendo llegar a una apendicitis gangrenosa y perforación. Indicando el SIP que lo que le ocurrió al paciente corresponde a una etapa evolutiva a la que se puede llegar, aunque es una evolución no deseable. Además, indica que su máxima incidencia es en la pubertad y que una de cada quince personas la padecerá en algún momento de su vida, añade que el diagnóstico de apendicitis aguda puede ser tan simple como complejo (según fuentes utilizadas).

Lo único que queda medianamente claro en relación a la atención recibida el día 6 de abril, es que el paciente presentaba un dolor abdominal difuso al haber acudido el afectado al SCS por padecer de dolor abdominal y vómitos.

Por otra parte, resulta llamativo que ya en la primera analítica que se le realizó al menor en fecha 14 de abril de 2010, presentara tal nivel elevado de leucocitos, 17.80, siendo la media normal al parecer entre 4.50-12.50, pues los mismos constituyen un indicador relevante de la enfermedad diagnosticada.

4. En definitiva, se considera necesario retrotraer el procedimiento a efectos de que la instrucción recabe el informe médico preceptivo complementario que se pronuncie sobre la asistencia que el paciente recibió los días 6, 13 y 14 de abril de 2010 en los servicios de atención primaria del SCS, tanto sobre la adecuación de las exploraciones físicas practicadas, los medios de diagnóstico utilizados como de las pruebas complementarias que se debieron, en su caso, realizar, así como si el diagnóstico de crisis emética, el dolor abdominal y los vómitos pudieran estar relacionados con la apendicitis y si los antecedentes referidos pudieron influir en el diagnóstico de los citados días 6, 13 y 14 de abril de 2010. Por tanto, el citado informe complementario es necesario al referirse a uno de los motivos fundamentales de la reclamación presentada, debiéndose solicitar la información que permita esclarecer la asistencia sanitaria prestada en dicho momento.

Todo ello de acuerdo con el art. 82 LRJAP-PAC y, particularmente con el párrafo segundo del art. 10 RPAPRP, nos lleva a considerar que se ha prescindido del informe preceptivo del servicio de atención primaria cuyo funcionamiento ha ocasionado la presunta lesión indemnizable.

5. En consecuencia, una vez retrotraídas las actuaciones y emitido el informe complementario sobre la atención sanitaria recibida por el afectado por los servicios de atención primaria, deberá acordarse la apertura y práctica de nuevo periodo

probatorio y, tras el preceptivo trámite de vista y audiencia, deberá elaborarse nueva Propuesta de Resolución y solicitarse de nuevo dictamen a este Consejo Consultivo.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho, debiendo de retrotraerse el procedimiento en los términos indicados en el Fundamento IV.