



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 3 3 / 2 0 1 5

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 de septiembre de 2015.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 I.M.G., en nombre y representación de M.T.O.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 321/2015 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado a instancias del abogado I.M.G. en nombre y representación de M.T.O.M. en reclamación de una indemnización de 300.000 euros por las lesiones personales cuya causación imputa a la negligencia profesional de los facultativos de dicho Servicio que la atendieron.

2. La cuantía de la indemnización determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad 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, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. Se cumplen los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

4. El escrito de reclamación se presentó el 7 de octubre de 2014. El 13 de octubre de 2014 se requirió a la interesada para que subsanara y mejorara su reclamación formulada, lo cual efectuó el 24 de octubre mediante escrito al que adjuntó copia del poder de representación a su abogado. La reclamación se admitió a trámite el 6 de noviembre de 2014. Al procedimiento se aportó, con el consentimiento de la reclamante, copia de sus historias clínicas y en su tramitación se recabaron los informes preceptivos de los Servicios de Urgencias y de Unidad del Dolor del Hospital “Dr. José Molina Orosa” e informe del médico Atención Primaria de la paciente. La inspectora-médica del Servicio de Inspección y Prestaciones, con base en el análisis de esa documentación clínica e informes médicos, emitió su informe el 20 de febrero de 2015. El 25 de febrero de 2015, se acordó admitir las pruebas propuestas, lo cual se notificó a la representación de la reclamante el 5 de marzo de 2015. Como se trataba únicamente de prueba documental que ya estaba incorporada al expediente, no fue necesario abrir plazo para aportarla, por lo que simultáneamente se acordó iniciar el trámite de audiencia y vista del expediente, lo que se notificó a la interesada a través de su representante, el cual, el 11 de marzo de 2015, se ratificó en las alegaciones del escrito de reclamación. El 22 de mayo de 2015, la reclamante cuantificó la indemnización en 300.000 euros. El 25 de junio de 2015, conforme al art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias (aprobado mediante Decreto 19/1992, de 7 de febrero), este Servicio informó, con carácter favorable, la Propuesta de Resolución.

Conforme al art. 13.3 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento no se ha respetado; empero, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma ley.

5. De la anterior relación de actuaciones resulta que en la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a la emisión de un dictamen de fondo.

II

1. La representación de la reclamante en su escrito de reclamación como fundamento fáctico de su pretensión alega lo siguiente:

“Con carácter preliminar cabe señalar que se trata de una paciente de 74 años con daños de base en la columna [doc. 2, espondilolistesis discopatía (...)].

La madrugada 8/2/2014 la paciente acudió a urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote (doc. 3) por molestias en las lumbares, siendo dada de alta el mismo día con el diagnóstico de lumbalgia y tras administrarle corticoides (fortecortín 4 mg). No consta analítica de orina.

Ese mismo día acudió de nuevo al hospital de urgencias por el mismo motivo (doc. 4) siendo igualmente diagnosticada lumbalgia al alta.

Como el dolor no cesaba, sino que ahora se extendía hacia el glúteo derecho, la paciente acudió una vez más a urgencias el día 10/2/2014 (doc. 5), siendo diagnosticada lumbociatalgia al alta. Aquí se le vuelve a administrar fortecortín 4 mg, una inyección cada 24 horas durante 5 días. Tampoco se hace analítica de orina.

El día 23/2/2014 acudió nuevamente a urgencias (doc. 6), con idéntico diagnóstico al alta y ampliación de pauta de fortecortín. Tampoco se le hace analítica de orina.

Dada su situación de incapacidad de valerse por sí misma tuvo que trasladarse al domicilio de su hija en Alcantarilla, Murcia, para lo que ésta tuvo que ir a recogerla (billetes de avión doc. 7) dada su situación de invalidez total (doc. 8), allí el 27/2/2014 se produce una interconsulta del CS de Alcantarilla al servicio de traumatología del Hospital Universitario V.A. (HUVA) para valoración de la espondilosis (doc. 9).

El 28/2/2014 ingresó desde urgencias del HUVA al servicio de reumatología (Doc. 10), donde se le realizó ahora sí una analítica de orina que dio positivo para piuria y nitritos de un urocultivo por el que se identificó una infección por *Morganella morganii*, iniciándose el tratamiento con antibióticos. El 3/4/2014 la paciente recibió el alta con los diagnósticos de espondilodiscitis séptica L2-3. Infección del trato urinario por *Morganella morganii*, espondiloartrosis con estenosis de canal y escoliosis”.

2. Manifiesta que de este relato de hechos se desprende que se ha prestado una asistencia sanitaria inadecuada porque:

“Los daños descritos eran previsibles y evitables con una medicina estándar. La paciente acudió en varias ocasiones a los servicios de urgencias, donde no se le llegó a realizar una analítica de orina a pesar de la persistencia de sus síntomas. Al ser tratados con corticoides, estos provocaron una inmunosupresión que fue la causa de que la infección se alojase en la columna, causando graves daños”.

3. El hecho de que a pesar de la persistencia de sus síntomas los facultativos ordenaran un análisis de orina de la paciente ha sido, a juicio de la reclamante, la causa de los daños por los que se reclama ya que:

“(…) no se diagnosticó la infección urinaria a la paciente desde que comenzaron los síntomas en las primeras asistencias de urgencias descritas. Al no ser diagnosticada la infección, no solamente no se trató precozmente con antibióticoterapia, sino que además con la administración de corticoides de efecto inmunosupresor se potenció el daño”.

4. Los daños estriban en:

“(…) espondilodiscitis y otros daños derivados de un proceso séptico. Se adjunta como doc. 10 factura por diverso material de ortopedia que requiere su estado de invalidez”.

Es decir, se reclama por la espondilodiscitis y por la situación de invalidez que se alega que aquella infección ha causado.

5. Como prueba de los hechos que constituyen esa negligencia médica y de los daños que esta ha causado a la paciente propone la documental aportada con escrito de reclamación, los informes de los facultativos intervinientes y el informe de la Inspección médica.

6. La Administración, con previo consentimiento de la reclamante, incorporó como prueba copia de su historia clínica obrante en su Centro de Atención Primaria, copia de su historia clínica obrante en el Hospital Universitario V.A. del Servicio Murciano de Salud, copia de su historia clínica de la Atención Especializada que se le prestó en el Hospital “Dr. José Molina Orosa” del Servicio Canario de la Salud, el informe de la Dra. G.R., Jefa de la Unidad de Urgencias de ese Hospital, el informe emitido por la Dra. M.M.D., médica de la Unidad de Dolor, también del mismo

Hospital, y el informe emitido por el Dr. M.G., Médico de Atención Primaria de la paciente.

7. A partir del estudio y análisis de la documentación clínica e informes médicos obrantes en el expediente, el informe de la Inspectora-Médica del Servicio de Inspección y Prestaciones, después de relatar los antecedentes fácticos de este caso, expresa las siguientes consideraciones médicas:

“La espondilodiscitis es una infección poco frecuente que afecta a las vértebras y los espacios intervertebrales. Clásicamente, se han descrito tres formas clínicas: 1) hematógena, secundaria a infecciones de origen extraespinal; 2) posquirúrgica o postraumática, por inoculación directa de bacterias tras cirugía o traumatismo vertebral, y 3) por contigüidad, por extensión a la columna vertebral de procesos infecciosos de vecindad.

Sin embargo, en el 37-53% de los casos no es posible detectar el origen primario de la espondilodiscitis.

El curso clínico de las espondilodiscitis piógenas es habitual subagudo y la sintomatología inespecífica, lo que condiciona un gran retraso diagnóstico. La mayoría de pacientes presentan síntomas durante varias semanas. El dolor dorsal o lumbar es constante pero inespecífico y suele ser de tipo inflamatorio”.

8. El análisis de la documentación clínica y de los informes médicos lleva a la Inspectora-Médica a las siguientes conclusiones:

“1.- La asistencia prestada entre el 8 y el 23 de febrero de 2014 (2 semanas) en los centros sanitarios de Servicio Canario de la Salud, es correcta. Considerando:

Los antecedentes de la reclamante con afectación degenerativa de columna lumbar y episodios de lumbalgia de repetición en tratamiento en la Unidad del Dolor.

La ausencia de síntomas asociados: fiebre (tiene una especificidad del 98% y una sensibilidad del 50% para el diagnóstico de infección vertebral), clínica miccional o abdominal, pérdida de peso, síntomas neurológicos como parestesias, pérdida de fuerza, pérdida de control de esfínteres, etc.

Que los episodios de dolor lumbar agudo tienden a mejorar con el tratamiento médico conservador entre cuatro a seis semanas en el 90% de los pacientes.

2. Los síntomas presentados por la reclamante no indicaban la realización de ninguna prueba complementaria o adicional más que las que se practicaron en los primeros momentos.

Las actuaciones de los facultativos que atendieron a la paciente fueron correctas, realizándose en todos los casos historia clínica, exploración física, orientación diagnóstica que no objetivaron patología específica y tratamiento, por lo que según los protocolos de actuación en los servicios de urgencia y dada la estabilidad y mejoría de la paciente se envía para seguir por su médico.

3. El tratamiento con corticoides, a fin de ejercer una acción antiinflamatoria, no produjo inmunosupresión. Un paciente inmunodeprimido presenta Neutropenia, esto es cifra de neutrófilos baja, circunstancia que no se presentó en ningún caso en la reclamante.

Por otra parte, se hace constar que una vez en el Hospital de Murcia, desde su ingreso el día 28 de febrero, recibió igualmente tratamiento con corticoides: Fortecortín (Dexametasona) 4 mg, e inició pauta reductora con Fortecortín 1 mg. Desde el 14 de marzo que finalizó el 24 de marzo de 2014.

4. No existe prueba clínica objetiva que permita afirmar sin género de dudas que existe una clara relación causal entre la infección leve de orina por *Morganella morganii* diagnosticada el 11 de marzo de 2014 con la espondilodiscitis séptica al no encontrarse en hemocultivos y biopsia de vértebra microorganismo alguno.

5. El desplazamiento fuera de nuestra comunidad autónoma estaba previsto con anterioridad al 8 de febrero de 2014.

El motivo del ingreso en el Hospital V.A. se sustentó en la dificultad para el manejo ambulatorio ante la lumbalgia refractaria al tratamiento médico.

Si bien de la reclamación parece extraerse que desde el mismo día del ingreso 28 de febrero de 2014 se diagnosticó la infección por *morganella morganii* y se inició el tratamiento antibiótico, a la vista de la historia clínica concluimos, que el diagnóstico de espondilodiscitis se obtuvo el día 5 de marzo de 2014, tras seis días ingresada. Es en este momento en el que se inicia antibioterapia empírica y cuando se solicitan hemocultivos y urocultivos, obteniendo como resultado la mencionada bacteria el 11 de marzo de 2014.

Desde octubre de 2013, con anterioridad a los hechos reclamados, ya le había sido prescrito corsé lumbosacro.

La incidencia de la enfermedad de Parkinson es relevante a los efectos de su dependencia. Así como la gonalgia derecha incapacitante con mal control del dolor (agosto 2012, 2013)”.

III

1. Por lo expuesto hasta aquí resulta que la negligencia médica que se alega consiste en que los facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital “Dr. José Molina Orosa”, que atendieron a la paciente los días 8, 10 y 23 de febrero de 2014, debieron ordenar un análisis de orina de la paciente ante los síntomas que esta presentaba. Esta es la negligencia profesional que se alega: la paciente presentaba una sintomatología que obligaba a sospechar la existencia de una infección urinaria y, sin embargo, los facultativos no repararon en ella y ese error de diagnóstico llevó a que omitieran esa prueba médica que hubiera permitido detectar y tratar la infección urinaria. A ello se sumó que el 10 de febrero le prescribieron corticoides para tratar sus persistentes e invalidantes dolores lumbares. El tratamiento con corticoides causó a la paciente una inmunosupresión que fue la causa de que la infección alcanzara las vértebras L2-L3. Esta infección secundaria o espondilodiscitis de dichas vértebras ha determinado una patología invalidante lumbar que la obliga a usar un corsé lumbosacro.

2. Para el análisis del fundamento de la pretensión indemnizatoria se debe partir de que el diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que se establece a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, la enfermedad que éste padece.

Por regla general, una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello, no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Este solo surge cuando el error de diagnóstico se debe a una manifiesta negligencia o ignorancia o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación.

Por esta razón en la STS de 6 de octubre de 2005 se declara que:

“(…) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o

cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia (STS de 10 de diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)”.

En la STS de 17 julio de 2012 se razona lo siguiente:

«Por último señalar que el motivo del recurso parte de una afirmación que es negada en la Sentencia -hace principio de la cuestión-; “existe un error diagnóstico por falta de medios diagnósticos diferenciales”.

Esta cuestión es ampliamente resuelta en la Sentencia recurrida que valorando el conjunto probatorio afirma que: “los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin mas indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización».

En el mismo sentido se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 y de 24 de abril de 2012.

3. Tal como se recoge en la documentación clínica de la paciente obrante en el Hospital “Dr. José Molina Orosa”, los días 8, 10 y 23 de febrero de 2014 en los que fue atendida por los facultativos del Servicio de Urgencias de ese Hospital no presentaba fiebre ni clínica miccional que son los síntomas de una infección urinaria. La única sintomatología que presentaba era intenso dolor lumbar que correspondía a las patologías óseas (artrosis degenerativa, coxartrosis en cadera derecha con importante repercusión clínica y limitación, discopatía y estenosis de canal, cifoscoliosis y escoliosis severa) de la que era tratada desde hacía tiempo. Ello se desprende de los informes de alta de Urgencias de los días mencionados, el informe de su médico de cabecera obrante en la página 174 del expediente y el informe de la inspectora-médica.

Como resulta de los referidos informes de alta de Urgencias y del informe de la inspectora-médica, tampoco presentaba los síntomas de la espondilodiscitis y que consisten en fiebre, clínica miccional o abdominal, pérdida de peso, síntomas neurológicos como parestesias, pérdida de fuerza, pérdida de control de esfínteres, etc.

El hecho de que no presentaba esos síntomas es corroborado también por la historia clínica de Atención Primaria donde consta que acudió a su médico de cabecera los días 7, 13 y 18 de febrero de 2014 por lumbalgia aguda sin referir

síntomas de fiebre, clínica miccional, pérdida de peso, síntomas neurológicos como parestesias, pérdida de fuerza, pérdida de control de esfínteres, etc. Tampoco el facultativo que la explora constata ninguno de esos síntomas (páginas 225 a 227 del expediente).

Está probado que no presentaba síntomas que obligaran a sospechar la existencia de una infección urinaria o de una espondilodiscitis vertebral y que, según las reglas de la ciencia, impusieran la realización de pruebas dirigidas a confirmar o descartar la presencia de esas patologías. Si un paciente, como ha sucedido en el presente caso, acude a un médico sin presentar los síntomas de una enfermedad que luego aparece; entonces, o bien cuando acudió al médico todavía no sufría esa enfermedad o bien la enfermedad cursaba sin síntomas. En uno u otro caso no se le puede imputar al facultativo un error de diagnóstico. Al no concurrir infracción de la *lex artis* ni omisión en la prestación de los medios adecuados, no puede surgir la obligación de indemnizar por el daño alegado.

En el hipotético y no demostrado caso de que la paciente ya sufriera una infección urinaria o espondilodiscitis vertebral secundaria a esta en los días de febrero en que fue atendida en el Servicio de Urgencias y en su Centro de Salud, ello no generaría derecho a indemnización porque el servicio público de salud no responde por los daños causados por la imposibilidad de los conocimientos médicos de diagnosticar oportunamente patologías que cursan sin síntomas y sin que concurran datos clínicos que impongan pruebas diagnósticas para detectarlas, tal como resulta del art. 141.1 LRJAP-PAC que declara como no indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia existentes en el momento de su producción.

Por consiguiente, no se produjo el error de diagnóstico que se alega como fundamento de la pretensión indemnizatoria.

4. En cuanto a la alegación de que el tratamiento con corticoides causó a la paciente una inmunosupresión que fue la causa de que la infección alcanzara las vértebras L2-L3, la misma es contradicha por la documentación clínica porque la hematimetría (página 275 del expediente) que se le realizó a la paciente el 28 de febrero de 2014 expresa un valor normal de neutrófilos, lo cual es incompatible con una inmunosupresión, porque un paciente inmunodeprimido presenta neutropenia, esto es, una cifra de neutrófilos baja. Por esta razón, en el informe de alta clínica

expedido por los facultativos del Hospital Universitario “V.A.” se expresa que en la analítica de 28 de febrero de 2014 el nivel de hemoglobina es de 10.8 y el resto del hemograma es normal.

A lo anterior se suma que en el preceptivo informe sobre la asistencia prestada a la reclamante en esos días de febrero de 2014 en el Servicio de Urgencias del Hospital “Dr. José Molina Orosa”, y emitido el 4 de diciembre de 2014 por la doctora jefa de la Unidad de Urgencias (página 61 del expediente), se razona lo siguiente:

“Por último, se me solicita información al respecto de la incidencia de la medicación con Fortecortín pauta en la Unidad y el diagnóstico del cuadro presentado: La medicación pauta de forma puntual durante la asistencia a Urgencias no puede ser relacionada con la patología que aparece a posteriori, se trata de un corticoide cuya vida media es de 36 a 54 horas, y por otra parte no favorece la aparición de infecciones no oportunistas y menos aún en pacientes inmunocompetentes como es el caso de la paciente que nos ocupa. La paciente presenta un cuadro compatible con una infección de vías urinarias a posteriori, 20 días más tarde de su asistencia en nuestro centro”.

En definitiva, ni la paciente sufrió una inmunosupresión ni el corticoide que le prescribieron el 10 de febrero de 2014 era capaz de causársela.

5. Por último, hay que señalar que, con abstracción de que la espondilodiscitis vertebral no fue causada por la asistencia sanitaria que le prestaron los facultativos del Servicio Canario de la Salud, la reclamante está curada de la misma desde el 3 de marzo de 2014 (informe de alta clínica del Hospital Universitario “V.A.”, página 235 del expediente), y respecto de las lesiones incapacitantes que, alega le causó esa patología, está demostrado médicamente que son consecuencia de la evolución grave de la patología lumbar degenerativa que sufría desde tiempo antes a febrero de 2014.

6. En conclusión, la pretensión se funda en que se produjo un error de diagnóstico consistente en que a pesar de la paciente presentaba síntomas de infección urinaria los doctores del Servicio Canario de la Salud no la diagnosticaron ni ordenaron analíticas de orina para confirmarla o descartarla. Ya se ha visto que la paciente no presentaba tales síntomas, por lo que o bien no sufría la infección cuando aquellos la atendieron, o bien extrañamente la infección cursaba sin síntomas. En uno u otro caso es imposible, por las razones que se han expuesto, que se les pueda imputar un error de diagnóstico.

A ese inexistente error de diagnóstico la reclamación añade como concausa de la espondilodiscitis vertebral la administración de corticoides que provocó en la paciente una inmunosupresión, que fue la causa de que la infección alcanzara las vértebras L2-L3. Está demostrado médicamente que la paciente no sufrió una inmunosupresión y que el corticoide que le administraron puntualmente el 10 de febrero de 2014 por su corta vida no puede causarla, y además que sus propiedades impiden la aparición de infecciones.

Demostrada la inexistencia de la negligencia profesional en que se funda la reclamación, hay que coincidir necesariamente con la Propuesta de Resolución en que debe ser desestimada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por I.M.G., en nombre y representación de M.T.O.M.