



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 1 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 1 de marzo de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 31/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El interesado en este procedimiento no cuantifica la indemnización que solicita. Sin embargo, la Administración ha solicitado el presente Dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supera los seis mil euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero 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). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

Resulta igualmente aplicable el 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima LPACAP.

II

1. (...), actuando por medio de representante, formula con fecha 31 de marzo de 2016 reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS) en la asistencia sanitaria que le fue prestada, si bien no especifica en qué consistió tal asistencia ni los concretos daños que dice padecer.

En trámite de mejora de su reclamación inicial, pone de manifiesto, entre otros extremos, lo siguiente:

- Con fecha 3 de abril de 2015, el interesado es trasladado, sobre las 21.45 horas, al centro médico (...), con posible fractura del platillo tibial.

- Sobre las 22.40 horas, casi una hora después, se produce la admisión del paciente.

- Sobre las 00.20 horas se le practica una radiografía. Durante todo este tiempo se tiene al paciente esperando, sin realizarle ninguna «maniobra» relacionada con la fractura que padece.

- Una vez vista la radiografía, casi dos horas y media después de su ingreso, se decide el traslado al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), por fractura del miembro inferior izquierdo, según informe médico de (...).

- En el HUNSC se realiza, según informe clínico de alta del Servicio de Anestesiología y Reanimación, de fecha 5 de abril de 2015: «RAFI tibia + fijación externa + fasciotomías posteromedial y anterolateral + bypass corto 3º poplite con VSI ipsilateral».

- La evolución no es favorable y por problemas vasculares en la pierna afectada, el día 14 de abril de 2015 se procede a la amputación supracondílea izquierda.

El interesado considera que debido a una negligencia en el actuar y la falta absoluta a la *lex artis* por parte del personal sanitario de ambos centros hospitalarios, se produjo la amputación de su pierna izquierda, después de una fractura de platillo tibial. Alega que, teniendo en cuenta que la fecha del accidente coincidió con un viernes de Semana Santa, se produjo un injustificable retraso en la atención médica dispensada, debido a que el personal sanitario de ambos centros se encontraba en mínimos.

En su escrito inicial el reclamante no cuantifica la indemnización que solicita, manifestando que se comunicará una vez se emita informe médico pericial sobre valoración del daño sufrido.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, al alegar daños personales como consecuencia de la actividad sanitaria, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento. Consta asimismo acreditada la representación otorgada.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, en cuanto titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

También se encuentra pasivamente legitimado el centro sanitario privado (...) porque la producción del daño, según alega el reclamante, fue también causada por la asistencia sanitaria que recibió en este Centro hospitalario.

Como hemos explicado en numerosos Dictámenes (31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; 154/2016, de 16 de mayo y 48/2017, de 13 de febrero, entre otros), los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en los arts. 90 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos. Conforme a la legislación de contratación administrativa, si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Por ello, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario

privado concertado; porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo.

En definitiva, en el presente procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual del SCS, junto a éste está legitimado pasivamente el centro sanitario privado concertado (...). Ello justifica que en la tramitación del procedimiento se haya notificado a esta entidad la Resolución de admisión a trámite de la reclamación, se le haya solicitado a la proposición de los medios probatorios de los que pretenda valerse y otorgado posteriormente el preceptivo trámite de audiencia.

3. La reclamación ha sido presentada el 30 de marzo de 2016, en relación con la amputación del pie que se llevó a cabo el 14 de abril de 2015, por lo que no resulta extemporánea, al haber sido presentada antes del transcurso del plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este 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 Autónoma, 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 Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, 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. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo.

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría del SCS de 27 de abril de 2016 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar al reclamante que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 14 de agosto de 2017 se emite informe por el SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica de la reclamante obrante en el HUNSC y en el Centro concertado. Se adjunta asimismo el informe del Servicio de Traumatología del HUNSC.

El 25 de agosto se requiere al interesado y al Centro concertado a efectos de que aporten los medios probatorios de los que pretendan valerse, sin que se lleve a efecto. Se dicta seguidamente acuerdo probatorio, con fecha 18 de diciembre de 2017, en el que se admiten la prueba propuesta inicialmente por el interesado, consistente en la aportación de su historia clínica, así como las documentales recabadas por la Administración, si bien, dado que ya constan incorporadas al expediente, se ordena la continuación del procedimiento con el correspondiente trámite de audiencia. El interesado no aportó la pericial que también había propuesto en su reclamación.

Al reclamante y al Centro concertado se le ha otorgado en esta misma fecha el citado trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), sin que se presentaran alegaciones en el plazo concedido.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que no ha sido sometida a informe de la Asesoría Jurídica Departamental [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero], dado que en el expediente no se plantean cuestiones que no hayan sido resueltas previamente.

6. En este procedimiento se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo que se dicte resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, de la documentación obrante en el expediente constan los siguientes antecedentes:

- El día 3 de abril de 2015 a las 21:46 horas se activa el recurso de Salvaser perteneciente a Emergencias Sanitarias Canarias, para que el paciente, que ha sufrido un traumatismo de rodilla en una caída, sea trasladado en ambulancia a (...). Se recoge en observaciones del informe la sospecha de fractura de meseta tibial.

- A las 22:40 horas queda registrada su admisión en (...). El paciente tras caída de aproximadamente 5 metros tiene lesiones en rodilla izquierda. A la exploración estaba afebril, con aliento alcohólico, pupilas dilatadas, presentaba dolor, impotencia funcional, deformidad y equimosis en dicha rodilla, pulsos distales presentes (no hay signos de isquemia, o sea hay circulación sanguínea a través de la extremidad). El paciente se muestra poco colaborador. Se le realiza radiografía de rodilla izquierda en la que se confirma la fractura de platillo (meseta) tibial izquierda, por lo que se decide tratar con inmovilización con férula posterior. Durante el ingreso se trata con analgésicos y medicación tranquilizante, a lo que se añade sujeción mecánica debido a su estado de agitación (se arranca la vía venosa periférica, se intenta quitar el yeso y levantarse) en relación con intoxicación exógena, en paciente sin familiares.

- Se decide su traslado para tratamiento al HUNSC. En los datos aportados por el 112 consta llamada para su traslado a las 23:01 horas del día 3 de abril de 2015, activación del recurso (Soporte Vital Básico) a las 00:09 del día 4 de abril, hora de llegada del recurso a (...) a las 00:26 horas. Es trasladado en ambulancia de soporte vital básico en camilla con sujeción mecánica por orden médica.

- A la 01:54 horas del día 4 de abril consta hospitalizado en HUNSC. En su historia clínica se recoge que está agitado, no colaborador, estable hemodinámicamente (constantes vitales normales, no está pálido, ni frío, ni sudoroso, signos éstos que se presentan cuando hay hemorragia aguda) y afebril, que la rodilla izquierda, diagnosticada de fractura de meseta tibial, está tumefacta y que es posible que haya afectación del nervio ciático popliteo externo (CPE), de difícil valoración por nula colaboración del paciente. Se establece su ingreso por Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT). Se pauta tratamiento, se solicita TAC de rodilla izquierda -que no se realiza- y valoración por Preoperatorio y Preanestesia.

- En anotación de Enfermería de Urgencias del mismo día realizada a las 6:57 consta que el paciente se encuentra consciente y orientado y ahora colaborador.

- A las 11.02 del mismo día 4 de abril consta anotación de Enfermería de Urgencias en la que se indica que se avisa al COT, ya que «el paciente no es capaz de movilizar los dedos del pie afectado, con ligera frialdad en comparación con el pie contrario. Mantiene coloración. Es valorado por COT que ajusta tratamiento y vuelve a colocar férula».

En anotación médica por esta consulta consta: «Avisan por paciente varón de 23 años de edad que presenta dificultad para movilizar los dedos del pie izquierdo. (...).

Paciente me refiere que tiene mucha dificultad para movilizar los dedos del pie izquierdo. Pie con buen llene capilar, menor a dos segundos, temperatura conservada. Sin dolor a la movilización pasiva de los dedos. Paciente no refiere dolor en pantorrilla al momento de la exploración. D/C parálisis de CPE. Plan: realizo apertura de férula, pauto urbason, seguiremos evolución».

- A las 16:22 horas, en una nueva evaluación y donde el paciente está tranquilo, se aprecia en el miembro inferior izquierdo lesionado: disminución de la temperatura, con relleno vascular lento, no palpándose los pulsos distales e impotencia a la flexo extensión de los dedos, y refiere hipostesia (siente menos) en el dorso del pie y primer dedo. Ante la sospecha de lesión vascular y valorado con el Servicio de Cirugía Vascular se solicita para su realización urgente: TAC de extremidades sin contraste, TAC con contraste arterial (Angio TAC) y estudio de preoperatorio y preanestesia. Al paciente, y a su familia, se le informa de la gravedad de las lesiones. Firma consentimiento informado en el que certifica que ha leído y entendido la autorización para intervención quirúrgica de urgencias.

El estudio de TAC y Angio TAC confirma fractura complicada de tibial proximal (meseta) izquierda y detecta afectación del paquete vasculonervioso por traumatismo de la arteria poplítea, por lo que se decide cirugía urgente para reparación multidisciplinar por Traumatología y Vascular.

- Durante la cirugía, que se realizó a partir de las 21:00 horas del 4 de abril, transcurrió sin incidencias. La cirugía es iniciada por el equipo de guardia de Traumatología que encuentran fractura compleja y conminuta de la meseta tibia izquierda, con lesión vascular de arteria poplítea, lesión neurológica de nervio ciático poplíteo externo y/o tronco común y un síndrome compartimental en Miembro inferior izquierdo (MII) en desarrollo (se produce por aumento de presión en el compartimento muscular debido a la inflamación), apreciándose signos de daño muscular. Posteriormente (23:23 horas) la cirugía fue continuada por el Equipo de Cirugía Vascular que encuentra sección completa de la arteria poplítea, con bordes contundidos (magullados), sin sangrado activo debido a vasoespasmo y avulsión de varias ramas venosas. En esta cirugía, para el control de ambos cabos de arterial poplítea, se seccionaron bordes que se encuentran dañados, por lo que no es posible sutura directa y se realiza bypass (nuevo conducto de comunicación). Al finalizar este procedimiento de bypass, éste es permeable, con latido distal.

- En Reanimación, el paciente cursa con evolución clínica adecuada. Es valorado en la mañana del 5 de abril de 2015 por los Servicios de Traumatología y Cirugía Vasculard, quienes constatan una perfusión distal adecuada de las cuatro extremidades y escasos signos de sangrado en apósito. Se decide su alta a la planta de hospitalización.

- En planta de hospitalización se sigue estrechamente el posoperatorio complicado del paciente. El día 6 de abril de 2015 se mantiene afebril, con dolor a nivel gemelar, no extiende dedos y el pie está más frío que el contralateral. Es evaluado por Vasculard y se objetiva pulso tibia posterior y relleno distal, o sea que hay flujo sanguíneo que se confirma con la realización ECO Doppler. Se realiza cura de la herida, y se solicita consulta a preanestesia para cierre quirúrgico secundario de zona expuesta o si no para valoración por Cirugía Plástica.

- Al día siguiente la exploración es similar al día anterior, también es evaluado por cirujano vascular; comienza a tener parestesias distales y dolor neuropático, por lo que es visto por la Unidad del Dolor y comienza tratamiento con bomba PCA de morfina para control del dolor neuropático.

- El día 8 de abril de 2015 se realiza, en quirófano, cura de la herida, cambio de férula, y revisión por Cirugía Vasculard de pulsos, que presentan buena señal Doppler.

- El día 9 de abril refiere dolor en región del talón y puntos de inserción de pirres de fijador externo, por la que se retira punto de apoyo en talón. El dolor es moderado y responde bien a analgesia oral, por lo que se retira bomba PCA de morfina.

- El día 10 de abril refiere dolor sobre todo por la noche, se ajusta tratamiento nocturno. Herida correcta sin signos de infección. Exploración neurovascular distal similar a las previas. Radiografía de control correcta. No otros cambios ni en exploración ni en pautas.

- El día 11 de abril refiere dolor en el pie, en exploración de extremidad inferior izquierda: hay ausencia de pulsos, frialdad y lividez en dorso del pie, la herida quirúrgica en cara anterior del tobillo se está necrosando (muerte del tejido) por los bordes. Se halla buena señal Doppler en arteria peronea, pero no en pedia, ni en tibial posterior. Bajo el diagnóstico de isquemia crítica de pie izquierdo se decide realizar Arteriografía, Cirugía de Revascularización, si procede. Se avisa familiares. Firma consentimiento informado para la realización de tratamiento quirúrgico de la isquemia aguda de las extremidades. La intervención quirúrgica se realiza este mismo

día en la que, al finalizar, se observa buena temperatura de piel aunque no recupera pulsos.

- El día 12 de abril se sigue su evolución en Reanimación, se mantiene respiratoriamente estable con oxigenoterapia y buena saturación de oxígeno, con mal manejo del dolor, por lo que precisa frecuente administración de morfina. La tensión arterial y la frecuencia cardiaca con tendencia al principio a elevarse, sobre todo con el dolor, se normalizan, se mantiene consciente, orientado, afebril. El miembro inferior izquierdo está frío, con mal color y ausencia de pulsos (Presencia de isquemia aguda secundaria de mala evolución) Dada la mala salida distal no se considera tributario de más técnicas quirúrgicas de revascularización. Se mantiene bajo estrecha vigilancia, tratado con anticoagulantes, prostaglandinas, concentrado de hematíes. Se informa de mal pronóstico.

- El día 13 de abril se mantiene hemodinámicamente estable, buena saturación de oxígeno, consciente, orientado, colaborador, afebril. Miembro inferior izquierdo con temperatura muy fría, mala coloración, no se aprecia relleno capilar y no hay pulsos distales. Es valorado por Cirugía Vascular y Traumatología y se decide amputación de miembro que se programa para el día siguiente. Se informa de dicha decisión al paciente y a su familiar (padre). Se prepara el paciente para su entrada a quirófano.

- El 14 de abril es nuevamente valorado el paciente con isquemia irreversible de miembro inferior izquierdo, sin posibilidades de revascularización por ausencia de lecho vascular distal. Se decide amputación supracondílea debido a inestabilidad de rodilla y mala perfusión de masa muscular gemelar. Informados paciente y familiar, que entienden y aceptan.

El mismo día se practica cirugía de isquemia irreversible de miembro inferior izquierdo mediante amputación supracondílea en boca de pez, según técnica habitual, transfixión de paquete vascular y ligadura de ciático, sección de fémur con Gigli. En la tarde se traslada a planta de hospitalización para continuar con su tratamiento y cuidados. En los días siguientes evoluciona según lo esperado.

- El día 24 de abril de 2015, dada la buena evolución y el buen aspecto del muñón de la amputación es dado de alta para control ambulatorio. El día 25 de mayo de 2015 es dado de alta en la consulta de Cirugía Vascular, con indicación de seguimiento por su médico de atención primaria.

- El 7 de septiembre de 2015 en la consulta de Rehabilitación se le informa de que ya está en condiciones para la prescripción protésica. Se le indica continuar con rehabilitación una vez en semana y realizar los ejercicios enseñados, en su domicilio. El 13 de noviembre de 2015 se le da el alta porque ha dejado de acudir al tratamiento rehabilitador.

2. El interesado considera que la asistencia sanitaria que se le proporcionó con ocasión de la fractura padecida fue defectuosa y causante de la amputación de su pie izquierdo, lo que no es reconocido por la Administración, que entiende que dicha asistencia fue en todo momento conforme a la *lex artis*, proporcionando al paciente las pruebas diagnósticas y tratamientos que su estado requería.

Se fundamenta esta conclusión en el informe del Jefe de Servicio de Traumatología del HUNSC, que indica que la lesión arterial padecida por el paciente no se produjo durante la intervención quirúrgica, sino en el traumatismo y es el estado de agitación del paciente el que retrasa la evaluación de las lesiones, no permitiendo ni la exploración clínica ni la realización de un TAC solicitado de forma inmediata. A ello añade que la cirugía se realizó conforme a la *lex artis* y que en el momento en que se practicó no existían signos locales de necrosis, por lo que no parece que la demora en el tratamiento haya influido en la mala evolución. Entiende que es la lesión vascular inicial la que modula una necrosis progresiva de los tejidos y la situación de un complejo arteriovenoso que terminó no siendo compatible, pese a varios intentos de revascularización.

3. De la historia clínica del paciente resulta, como ya se ha indicado, que una vez atendido en el Centro concertado y diagnosticada la fractura de meseta tibial izquierda, fue trasladado al HUNSC, donde ingresó a la 01:54 horas del día 4 de abril de 2015. En la valoración que se le efectuó aproximadamente media hora después (02.33 horas) se estableció como juicio diagnóstico la citada fractura, dejando constancia de que el paciente se encontraba agitado y no colaborador, lo que dificultaba el diagnóstico. Se pautó en este momento tratamiento y se solicitó TAC de rodilla izquierda, que no se realizó.

Horas después (a las 6:57) el paciente, según consta en anotación de Enfermería, se encontraba consciente, orientado y «ahora» colaborador y fue visto nuevamente por traumatólogo alrededor de las 11:00 horas, sin que durante ese tiempo, a pesar del estado tranquilo del paciente, se realizara la prueba pautada, que no se solicitó nuevamente hasta las 16:22 horas. En este momento, ante los síntomas que presentaba, se sospechó que padecía una lesión vascular, que se confirmó mediante

el TAC, y de la que fue finalmente intervenido en una operación iniciada por traumatólogo alrededor de las 21:00 horas y continuada por cirujano vascular, para reparar la arteria dañada, a las 23:23 horas.

El informe del Jefe de Servicio de Traumatología sostiene que la demora en el tratamiento no repercutió en la desfavorable evolución posterior del paciente. Sin embargo, no existe pronunciamiento alguno sobre las posibilidades de obtener un resultado más favorable de haberse llevado a cabo un diagnóstico precoz de la lesión, en el caso de tratarse de un tipo de patología en la que este diagnóstico y su correspondiente tratamiento quirúrgico más tempranos sean determinantes de las posibilidades de curación, con independencia de que ésta finalmente se alcance o no.

Por ello se considera preciso, en orden a alcanzar una conclusión suficientemente fundada acerca de la adecuación o no a Derecho de la Propuesta de Resolución, que por parte del Servicio de Cirugía Vascular y del SIP se emitan informes complementarios en los que se valoren la demora producida en el diagnóstico de la rotura arterial padecida y la importancia de un diagnóstico precoz en este tipo de patología en orden a conseguir una evolución más favorable.

Emitido este informe procederá otorgar un nuevo trámite de audiencia al interesado y al Centro concertado y la posterior elaboración de una nueva Propuesta de Resolución que habrá de ser dictaminada por este Consejo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial no se considera conforme a Derecho, pues procede la retroacción del procedimiento en los términos planteados en el Fundamento III.3.