



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 8 6 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 39/2018 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimada para solicitarla el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada Ley.

3. En su escrito de reclamación la afectada relata el hecho lesivo de la siguiente manera:

Que el día 18 de junio de 2012 acudió por la tarde al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) por padecer molestias crecientes en su pie derecho, diagnosticándole el doctor que la trató, después de ordenar un análisis y una radiografía, metatarsalgia, descartando un esguince y por tal motivo la remitió al traumatólogo.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

Sin embargo, decidió solicitar cita con el Servicio de Angioradiología del HUC, ya que en septiembre de 2011 se le había colocado un sten en la arteria ilíaca derecha por pseudoaneurisma, la cual se le dio para el día 20 de junio de 2012.

Al día siguiente, en dicho Servicio, después de practicársele las pruebas diagnósticas precisas, se le detectó una obstrucción en el sten de la ilíaca externa derecha y material de embolización en origen de hipogástrica derecha, lo cual fue diagnosticado como oclusión ilíaca común externa derecha, por lo que después de reunirse los especialistas de los Servicios de Urología Y Cirugía Vascul ar del HUC decidieron remitirla al Servicio Cirugía Vascul ar, siendo tratada a partir de ese momento por el especialista en la materia Dr. (...).

El día 26 de junio de 2012, dicho facultativo atiende a la afectada y le comenta que es preciso realizarle un bypass en la zona axilofemoral lo antes posible, puesto que está gravemente afectada la seguridad de la circulación distal de su extremidad inferior derecha y que de no actuar con urgencia podría ser necesario amputársela. Sin embargo, no es cierto que programó la correspondiente intervención como urgente, pese a que en 2014 se certificó por el médico competente para ello que dicha intervención se había programado como urgente.

Posteriormente, mientras esperaba que se le citara para ser intervenida, el día 11 de julio de 2012, se vio obligada a acudir a Urgencias por el fuerte dolor en el pie y en la pierna derecha que sufría, momento en el que los facultativos que la atendieron le diagnosticaron una infección del tracto urinario (ITU), siendo ingresada en el Servicio de Urología del HUC, tratándosele principalmente dicha ITU, de la que evolucionó favorablemente gracias a los antibióticos que se le prescribieron.

El día 16 de julio de 2012, el especialista en urología que le intervino consideró resuelta la ITU. Sin embargo, durante el desarrollo de la misma fue empeorando sensiblemente su isquemia y, por tanto, el estado de su pierna derecha, no detectándose su pulso, aumentando los dolores, estando fría y con cianosis distal, pudiendo calificarse su isquemia como aguda y en fase III, pero el Dr. (...) no la valoró hasta el día 15 de julio y el día 19 de julio, estando aún peor, tras una visita del mismo, siendo conocedor de que ya no sufría una ITU, anotó que «si no existe bacteremia se programará el próximo lunes bypass axilofemoral (23 de julio de 2012)», con lo que retrasó indebida e injustificadamente la necesaria y urgente intervención quirúrgica.

El día 23 de julio de 2012, cuando ya estaba preparada para ser intervenida se le comunica que la misma ha de ser pospuesta, ya que no hay sangre de su tipo. Al día

siguiente, finalmente, se le intervino quirúrgicamente colocándole el referido bypass.

Su evolución durante el posoperatorio fue mala, siendo necesario practicarle dos faciotomías en la pierna derecha, pero las mismas no causaron el efecto deseado y el día 1 de agosto de 2012, se le amputó el miembro inferior derecho mediante desarticulación a la altura de la rodilla derecha.

4. La afectada considera que el daño sufrido, que no tiene el deber de soportar, se debe a la mala praxis médica, que se concreta principalmente en el retraso injustificado de la intervención que se le efectuó el día 24 de julio de 2012, consistente en la colocación de un bypass extra-anatómico axilo-femoral derecho con PTFE de 8 mm de diámetro, afirmando que la mala praxis médica que desembocó en una isquemia irreversible de su miembro inferior derecho se especifica en una incompleta evaluación de la perfusión de su extremidad afectada una vez que se le diagnosticó la lesión oclusiva de arteria ilíaca; una inadecuada ponderación de los síntomas clínicos que presentaba el día 11 de julio de 2012, que dieron lugar a que se priorizara el tratamiento de su dolencia urológica, y, finalmente, ello derivó en un retraso en el tratamiento quirúrgico adecuado con injerto axilofemoral.

Además, de todo ello, en las alegaciones efectuadas con ocasión del trámite de vista y audiencia, manifestó que también considera mala praxis el diagnóstico inicial que se le dio el día 18 de junio de 2012, en el Servicio de Urgencias del HUC, cuando se le indicó que su dolencia consistía en una metatarsalgia y se le derivó al Servicio de Traumatología del HUC.

Por todo ello, la afectada reclama una indemnización total de 236.803,21 euros.

5. Son de aplicación, tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como 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) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), al haberse iniciado el procedimiento antes de la entrada en vigor de la Ley 39/2015.

II

1. En lo que se refiere al procedimiento, el mismo comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el 5 de septiembre de 2015. Previamente, la afectada denunció los hechos lo que dio lugar a las Diligencias Previas 4777/2013, seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 1 de San Cristóbal de La Laguna, dictándose Auto de sobreseimiento el día 11 de marzo de 2015, contra el que se interpuso recurso de apelación, que fue desestimado mediante el Auto de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife de 4 de septiembre, notificado a la reclamante el día 10 de septiembre de 2015 (página 592 del expediente).

El día 3 de octubre de 2016, se dictó la Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

2. El procedimiento cuenta el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS y el informe del Servicio de Cirugía Vasculor (Sección de Angiología y C. Vasculor) del HUC.

Además, se acordó la apertura del periodo probatorio, no practicándose prueba alguna, pues la reclamante no propuso la práctica de prueba alguna y se le otorgó el trámite de vista y audiencia, presentando escrito de alegaciones.

3. El día 23 de enero de 2018, se emitió una primera Propuesta de Resolución, vencido el plazo resolutorio tiempo atrás, sin justificación para tal dilación; pero esta demora no obsta para resolver expresamente, existiendo deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los legales o económicos que pudiera comportar de acuerdo con lo dispuesto en los arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4; 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC.

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 139 y ss. LRJAP-PAC).

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada, pues el órgano instructor considera que el daño alegado no deriva de la actuación del SCS, sino de las patologías de base que padecía la paciente y de sus sucesivas

complicaciones, no concurriendo relación causal entre el funcionamiento del Servicio y la amputación de la extremidad inferior derecha de la interesada.

Además, se afirma que no es exigible al SCS la curación de todos los casos y sí, como ocurrió, la puesta a disposición de la paciente de todos los medios materiales y humanos para su adecuada atención y tratamiento.

Asimismo, en la Propuesta de Resolución se entiende que el objeto central de la reclamación lo constituye el retraso en realizar la intervención quirúrgica de colocación del bypass extra-anatómico axilo-femoral derecho y se tiene en cuenta para desestimar la reclamación los informes del SIP y del Servicio en virtud de los cuales se estima acreditado que la interesada padeció una isquemia crónica, no aguda, que la causa del retraso estuvo en que el día 11 de julio de 2012 la interesada presentaba síntomas de una ITU grave, cuyos patógenos eran *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, resistentes a múltiples antibióticos, y que contraindicaban la realización de tal cirugía por posibilidad de infección del injerto, de lo que hubieran derivado graves complicaciones incluida la posibilidad de fallecimiento, siendo necesario esperar no hasta que los análisis fueran negativos, sino hasta finalizar con el tratamiento antibiótico. Todo lo cual demuestra que la actuación del SCS fue en todo momento correcta y adecuada a los padecimientos que presentaba la interesada.

2. En el presente asunto, a la hora de entrar en el fondo es preciso partir de una serie de hechos indubitados, la actuación quirúrgica realizada el día 24 de julio de 2012 fue adecuada con procedimiento revascularizador correctamente indicado y realizado, siendo las fasciotomías ejecutadas necesarias para aliviar el síndrome compartimental; la realización de la amputación fue también adecuada una vez que se constató debidamente la ausencia de viabilidad de la extremidad inferior derecha de la interesada y, por último, el tratamiento médico dispensado a partir del día 6 de septiembre de 2012 también fue correcto, tal y como se afirma sin ningún género de dudas en el informe médico-pericial aportado por la propia interesada (página 565 del expediente), en el que se concluye afirmando que «El manejo quirúrgico y de las complicaciones surgidas en el intraoperatorio fue habitual y adecuado también a la práctica médica correcta, pese al resultado final».

Por tanto, este informe se centra en las dos actuaciones médicas que la interesada considera contrarias a la *lex artis*, el retraso en la realización de la cirugía efectuada finalmente el día 24 de julio de 2012 y el error de diagnóstico que se

considera cometido por el Servicio de Urgencias del HUC el día 18 de junio de 2012 y su posterior derivación al Servicio de Traumatología del HUC.

3. En lo que se refiere a la cuestión principal, la relativa al retraso en la intervención quirúrgica, en primer lugar en el informe del Servicio de Cirugía Vasculardel HUC se afirma acerca del tipo de isquemia que presentaba la interesada, considerada por ella como aguda y que requería de una intervención quirúrgica de emergencia en menos de seis horas tras la aparición de los primeros síntomas; que el diagnóstico correcto es el que se dio por ese Servicio, es decir, isquemia arterial crónica, pues se fue instaurando poco a poco, estableciéndose lentamente, con presencia de claudicación intermitente referida por la propia interesada al menos un mes antes de su ingreso y, además, porque de haber sido aguda se hubiera producido desde un primer momento (18 de junio de 2012) la lesión de los nervios distales que, a su vez, le hubiera generado un dolor intenso y la parálisis de los músculos distales, junto con lesiones en la piel en el plazo de horas y ello no fue así.

Además, en dicho informe se hace una aclaración acerca de lo manifestado en el informe pericial aportado por la interesada, afirmándose que el propio perito en el página 23 de su informe dice que la isquemia del miembro inferior derecho de la denunciante se encontraba al diagnóstico en estadio IIB y próxima al estadio III, pero que ello supone realmente que «(...) la gradación de esta clasificación se refiere a la evolución de la isquemia a lo largo del tiempo de evolución, que estadio IIB corresponde a un paciente con isquemia crónica que puede caminar 200 metros antes de detenerse, y que ello no se produce tras una isquemia aguda, sino en la evolución de una isquemia crónica».

En dicho informe se añade que es incorrecto afirmar que la ausencia de pulso sugiera isquemia aguda, pues en la isquemia crónica los pulsos suelen estar abolidos de forma distal.

Por lo tanto, todo ello demuestra que sufría una isquemia crónica y no precisaba de una intervención emergente en el plazo de seis horas desde la aparición de los primeros síntomas, lo cual constituye una primera justificación médica de la decisión de retrasar la intervención ante la aparición de una ITU.

4. En segundo lugar, se explica en el informe del Servicio el motivo porque fue ingresada en el Servicio de Urología a partir del 11 de julio, posponiéndose la intervención quirúrgica, señalando que la interesada padecía una grave infección del tracto urinario por presencia de bacterias en el mismo y que los autores especialistas en la materia señalan cuales son los gérmenes más virulentos relacionados con una posible infección precoz del injerto, el bypass referido, de los que la paciente tenía

dos en ese momento, *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, que son resistentes a múltiples antibióticos.

Además, afirma el Servicio que estaba contraindicada la colocación de un bypass sintético a una paciente con tal tipo de infección, máxime cuando se iba a realizar en la región inguinal y cerca de catéteres de drenaje, colostomías y o reservorios como los que portaba la paciente, sin olvidar que dentro de las posibilidades de infección del bypass en un paciente sano (no infectados en otros lugares) en los que abarquen el territorio inguinal, como en el caso de la interesada, aparecen infecciones en el 6% de los casos con incremento de mortalidad y de la morbilidad y hasta un 70% de amputaciones tras infección del bypass, como se informa por el Servicio.

5. En tercer lugar, se informa que el día 26 de junio de 2012, tras la consulta con el especialista actuante, este programó la intervención como urgente, lo que es cierto porque así se observa en el documento incorporado a la página 680 del expediente.

Además, también se explica que se retrasó la operación un día más, pues estaba indicada tras finalizar el tratamiento antibiótico para el día 23 de julio de 2012, ya que faltaba sangre del grupo sanguíneo de la interesada, que era raro, explicándose en el informe del SIP que con ocasión de una intervención posterior que se efectuó en el ámbito del SCS, en 2017, constaba acerca de ello que además de tener un grupo raro, en la paciente se daban antecedentes transfusionales, aloimmunizada frente antígenos C y S, ambos relevantes desde el punto de vista transfusional y que de cada 10 donantes de sangre solo uno es compatible con pacientes como la interesada.

6. Respecto a la necesidad de retrasar la intervención referida ingresándola en el Servicio de Urología, se ha de añadir los antecedentes de la interesada expuesto en el informe del SIP, quien además del cáncer que padeció en 1989, era portadora de nefrostomía bilateral (colocación de una pequeña sonda flexible de caucho a través de la piel en el riñón para drenar la orina) y en marzo de 2011 sufrió un episodio grave de sepsis de origen urinario (fístula vesicorrectal) y se le realizó hemicolectomía y colostomía terminal izquierda por infecciones en el tracto urinario recidivantes en relación con fístula entero-vesico-cutánea, que demuestran por sí mismos la gravedad de sus problemas urológicos y la influencia de la ITU en la intervención programada.

7. En conclusión, la intervención quirúrgica para tratar su isquemia crónica, que no aguda, fue programada de forma urgente, pero los doctores se vieron obligados a aplazarla hasta que se finalizara con el tratamiento antibiótico, ya que de lo contrario con toda probabilidad se hubiera producido una infección en el bypass, con el evidente peligro para su vida, a lo cual se añade no sólo las dificultades justificadas para encontrar sangre de su grupo para a intervención, sino los propios antecedentes médicos de la interesada.

Asimismo, lo informado por los doctores del SCS se ve corroborado por el informe médico-forense elaborado en el seno de las Diligencias Previas ya mencionadas, puesto que se afirma en él que no había signos clínicos que hicieran plantear que se estuviera produciendo una isquemia aguda, que estaba justificado su ingreso en el Servicio de Urología del HUC y que los gérmenes detectados en los análisis desaconsejaban la intervención hasta la plena erradicación de los mismos, todo lo cual lleva a concluir en el Auto de sobreseimiento, que es firme tras la desestimación del Recurso de apelación, que la actuación profesional médica a la paciente fue diligente y adecuada a la *lex artis* y que en concreto la actuación del médico vascular imputado fue correcta.

8. Al respecto se ha manifestado de forma reiterada y constante por este Consejo Consultivo, siguiendo la Jurisprudencia del Tribunal Supremo en lo relativo a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario, que el criterio de la *lex artis* constituye el delimitador de la normalidad de la asistencia sanitaria, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, no de resultados, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente (por todos, DDCC 486/2015 y 50/2016).

Doctrina que es aplicable a este supuesto y que permite afirmar que el Servicio Canario de la Salud actuó en todo momento conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la interesada la totalidad de los medios materiales y personales de los que disponía.

9. En cuanto a la segunda cuestión, la del diagnóstico dado en el Servicio de Urgencias, metatarsalgia, no ha sido puesto en duda, la propia interesada le señaló al facultativo que la trató en Urgencias que le dolía el pie tras realizar un viaje en el que había «caminado intensamente», siendo el diagnóstico de metatarsalgia

compatible tanto con los síntomas, como con la información dada por la propia interesada al facultativo, a lo cual se debe añadir que la misma en ese momento no padecía isquemia aguda alguna, como se ha demostrado y señalado en los puntos anteriores de este fundamento.

Este Consejo Consultivo ha manifestado en su Dictamen 282/2017, de 27 de julio que:

«(...) en relación con la prueba de la realidad del hecho lesivo y la relación causal necesaria entre el funcionamiento del servicio y los daños por los que se reclama, conforme a lo dispuesto en el art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda, y corresponde al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior. Por ello, el interesado debió presentar algún elemento probatorio que le permitiera acreditar una mala actuación de los profesionales del Servicio Canario de la Salud.

(...) solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los *topoi* (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)», lo cual también es aplicable a este supuesto, en el que de manera alguna se puede considerar que el diagnóstico referido incurriera en un error de notoria gravedad o se hubiera llegado a conclusiones absolutamente erróneas, por los motivos ya referidos, todo ello teniendo en cuenta que no se ha demostrado que tal diagnóstico y la remisión al traumatólogo tuvieran influencia alguna en el resultado final, como correctamente se afirma en la Propuesta de Resolución.

10. La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación efectuada, es conforme a Derecho puesto que ha quedado debidamente demostrado que no concurren los requisitos exigibles para imputar a la Administración sanitaria la responsabilidad patrimonial dimanante del hecho lesivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.