



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 1 de junio 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. 211/2018 ID)**.

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La interesada en este procedimiento solicita una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Esta cantidad determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. 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 Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

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 de la citada LPACAP.

II

1. (...) formula con fecha 13 de mayo 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 a su esposo y a consecuencia de la cual entiende que se produjo su fallecimiento.

Los hechos en los que fundamenta su reclamación son los siguientes:

- El 18 de julio de 2013, a las 9:00 horas, su esposo ingresó en el Hospital Insular procedente del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín por edema facial importante, cuadro de cuatro días de evolución consistente en deterioro de su estado general en el contexto de una tumoración cervical dolorosa, lo cual implicaba sintomatología consistente en disfagia (no podía comer) con odinofagia dolorosa (dolor al tragar), asociada a ligera sensación disneica intermitente. Refirió además febrícula (no más de 38) en la noche previa al ingreso, ni tos ni flema, más que su patología de base (estaba diagnosticado de carcinoma epidermoide orofaringe irresecable), no clínica digestiva ni nefrourinaria, no dolor torácico, no palpitations ni otras clínicas asociadas.

- Debido a la imposibilidad de comer se le realiza gastrostomía de alimentación y al día siguiente se le diagnostica una infección en el catéter. Durante la madrugada previa al fallecimiento se le administran analgésicos por dolor abdominal, siendo valorado por el médico de guardia sin encontrar alteraciones a destacar y fallece sobre las 11:40 horas como consecuencia de hemoperitoneo masivo que dio lugar a un shock hipovolémico.

La reclamante considera que ha existido una negligencia médica tanto en la realización de la gastrostomía como en los cuidados que recibió posteriormente el paciente.

Indica que como consecuencia de estos hechos se interpuso denuncia por la que se incoaron diligencias previas, que han concluido con el sobreseimiento provisional de las actuaciones. Considera no obstante que se dan los requisitos necesarios para la presentación de reclamación patrimonial.

Solicita por los daños padecidos una indemnización por importe de 215.035,21 euros.

2. En el presente procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, ya que pretende el resarcimiento de un daño que ha sufrido en su esfera moral como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a su esposo.

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

3. La reclamación fue presentada el 13 de mayo de 2016, en relación con el fallecimiento del esposo de la interesada, que se produjo el 21 de julio de 2013. No obstante, en relación con los hechos acaecidos se incoaron diligencias previas, cuyo sobreseimiento provisional se acordó mediante Auto del Juzgado de Instrucción n.º 3 de Las Palmas de Gran Canaria de 11 de abril de 2016, notificado el día 14 del mismo mes y año. Teniendo en cuenta esta última fecha, la reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC, dado el efecto interruptivo de la prescripción que presenta la incoación de tales actuaciones penales.

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 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 Servicio Canario de la Salud.

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.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien 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.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 15 de junio de 2016 y se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución, constando en el expediente los informes de los Servicios de Cirugía General y Digestiva, Oncología y Radiodiagnóstico del Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil, así como copias de las historias clínicas del paciente obrantes en el citado Centro hospitalario y en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN). Asimismo emitió informe el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

Consta también en el expediente que con fecha 14 de noviembre de 2017 se procede a la apertura de periodo probatorio, en el que se admiten a trámite las pruebas propuestas por la interesada, con excepción de la testifical de los enfermeros que cuidaban al fallecido, por considerarse innecesaria, y se incorporan como prueba documental la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante la instrucción del procedimiento. Se procede asimismo a abrir periodo probatorio por término de 30 días a efectos de que por la reclamante se aporte el informe pericial propuesto en su escrito inicial, lo que no se lleva a efecto.

A la interesada se le ha otorgado asimismo trámite de audiencia, sin que presente alegaciones en el plazo concedido.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que ha sido informada favorablemente por la Asesoría Jurídica Departamental [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero].

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, la reclamante sostiene que el fallecimiento de su esposo se debió a una mala praxis médica, tanto en el momento de la práctica de la gastrostomía como en los cuidados posteriores.

Por su parte, la Propuesta de Resolución, como se ha indicado de carácter desestimatorio, sostiene que la intervención realizada ha sido conforme a la *lex artis*, sin que por tanto el daño padecido sea consecuencia de una inadecuada asistencia sanitaria, teniendo en cuenta los síntomas presentados por el paciente.

2. En el expediente constan acreditados los siguientes hechos, de conformidad con los datos consignados en la historia clínica del paciente, tal como han sido puestos de manifiesto por el SIP:

- El paciente diagnosticado en marzo de 2013 de carcinoma epidermoide de hipofaringe, estadio IV B, inoperable por rápida progresión y crecimiento, por lo que, al tratarse de un tumor irresecable, se sometió a quimioterapia y radioterapia, que se inicia en junio de 2013.

- El 8 de julio de 2013 el Servicio de Oncología radioterápico del HUGCDN observa que el paciente presenta mucho dolor y dificultad al tragar, celulitis, probable absceso cervical, mucositis severa (inflamación en el interior de la boca) y alteración del estado general. La clínica es evidente de obstrucción faríngea con sensación disneica.

- El paciente presentaba el 12 de julio de 2013 una masa de 12 cm localizada en espacios cervicales anteriores y lateral izquierdo y rechazando el paquete yugolocarotídeo hacia posterior. Se sigue reflejando la falta de respuesta y que aumenta la masa tumoral incluso con tratamiento, por lo que se observa un empeoramiento del proceso.

- El 16 de julio de 2013 el Servicio de Endocrinología suspende la nutrición enteral pendiente de colocar gastrostomía. El paciente firma el consentimiento informado al día siguiente.

- La gastrostomía se realiza el 18 de julio de 2013 y cursa sin incidencias y al día siguiente empieza con nutrición enteral por sonda de gastrostomía.

- El 20 de julio, a la 01:45 horas, enfermería anota: paciente estable, afebril, administrado tratamiento pautado, descansando.

Este mismo día también se anota: estable hemodinámicamente, afebril, a las 9:30 horas pide rescate por dolor, a las 10:20 horas no le cede el dolor en miembros inferiores, se queja de poca fuerza al caminar. Se administra rescate y tratamiento pautado, en el almuerzo ingesta oral positiva, ya que si puede se da también algo por boca. Sentado en un sillón y ayuda para asearse.

A las 20:26 horas se anota que está consciente, orientado y colaborador, pasea en silla de ruedas, con nutrición enteral, acompañado a partir de media tarde.

- El paciente precisa durante la madrugada del 20 al 21 varios rescates con analgesia por dolor abdominal, sin presencia de náuseas, ni vómitos, ni cambios en el hábito intestinal, en los cuales enfermería administra tratamiento para dicho dolor.

- A las 7:20 horas del día 21 de julio se avisa al médico de guardia. A las 8:03 el facultativo escribe en la historia clínica que le comentan dolor abdominal por enfermería y que el paciente ha recibido rescates durante la noche por dolor abdominal, sin náuseas ni vómitos ni cambios en el hábito intestinal. Cuando este médico acude a valorar al paciente se encuentra que está dormido, estable hemodinámicamente, afebril, eupneico y no encuentra alteraciones, por lo que prefiere no despertarlo. Las anotaciones de las constantes a las 08:30 horas es de tensión arterial 100/60, frecuencia cardiaca de 72, afebril.

- Este mismo día, por la mañana, enfermería se encuentra al paciente en el suelo en parada cardio-respiratoria, al lado de la cama. Se realizan inmediatamente maniobras de reanimación pero no son efectivas.

- Tras la necropsia del cadáver, el médico forense escribe: «posible causa de la muerte: peritoneo- hipovolémico-perforación de vaso de gastrostomía», «foco de sangrado a nivel de curvatura mayor que se corresponde con el lugar de la gastrostomía», «se encontraba anticoagulado».

3. El paciente, como ya se ha indicado, sufría un carcinoma epidermoide de hipofaringe con sintomatología de dolor y dificultad al tragar y con dificultad respiratoria. Ante estos síntomas, el informe del SIP y el informe forense son coincidentes en afirmar que en este paciente la indicación de la gastrostomía percutánea es del todo correcta, pues su finalidad es la alimentación y asegurar y cuidar que no se produzca una broncoaspiración al ingerir alimentos sólidos o líquidos. No se aprecia por ello mala praxis en su indicación (informe forense), que estaba justificada ante la situación en que se encontraba el paciente (informe del SIP).

Por lo que se refiere a la realización de esta técnica, también son ambos informes coincidentes en señalar que fue correcta y dentro de lo protocolar, sin que se produjeran incidencias durante ni después de la operación. No obstante, indica el informe forense que en este tipo de intervención existe un riesgo evidente de hemorragia, ya que puede ocurrir la lesión de algún vaso sanguíneo. Esta lesión se produjo en el caso del paciente y provocó un sangrado mínimo y persistente, que con el transcurso de las horas se manifiesta como un hemiperitoneo masivo y llevó a un shock hipovolémico irreversible. Continúa señalando este informe que este sangrado mínimo y persistente es lo que hace que no sea fácil ni evidente su diagnóstico precoz por la escasez de síntomas que provoca (dolor abdominal) y hace que pase inadvertido o enmascarado a varios controles médicos y de enfermería rutinarios. A

ello se añade, siempre según este informe, el hecho de que esta complicación se produce en un paciente con un terreno francamente desfavorable, dadas sus graves patologías de fondo, que hacen que sus posibles respuestas homeostáticas no sean del todo efectivas. Se concluye por todo ello que, una vez estudiadas las hojas de controles de enfermería y los informes médicos, no se aprecia mala praxis en las conductas, asistencias, controles o tratamientos, es decir, en el seguimiento continuo de este paciente, tanto por el personal de enfermería como médico.

Coincide el SIP en sus apreciaciones, señalando que las afectaciones sangrantes en el punto de punción del estómago son inevitables por la misma punción en sí al colocar y pinchar el estómago y si esos puntos o vasos sangrantes no se cierran solos hay que esclerosar. Plantea como posibilidad que se formara un hematoma en la zona de punción y de la arteria en el estómago que rompió posteriormente y provocó el hemiperitoneo, ayudando el proceso por el tratamiento de anticoagulación que tenía prescrito. El paciente presentó, como indica el informe forense, un sangrado paulatino y no abundante, con pocos síntomas, y de ahí, señala, que no aparecieran datos clínicos claros que lo reflejen, añadiendo que incluso en la madrugada del 20 al 21 de julio las constantes físicas antes de fallecer no eran de shock, ni el aspecto del paciente era inquietante, ya que según la historia respiraba bien, no estaba sudoroso y con aspecto tranquilo. Tanto enfermería como el médico no observaron, y ello se refleja en sus anotaciones (aspecto general, respiración, constantes como tensión arterial y pulso) un estado o situación de preshock o shock ni datos de urgencia vital.

De lo informado pues en el expediente y del informe forense que se ha incorporado al mismo, resulta, por una parte, que el paciente no presentaba síntomas que pudieran hacer sospechar la presencia de sangrado y, por otra, que al paciente se le hizo un seguimiento de su estado, tal como reflejan las notas de enfermería, en las que consta el control de sus constantes, y del facultativo que observó al paciente horas antes de su fallecimiento. Ello lleva a concluir, tanto por el médico forense como por el SIP, que la actuación sanitaria fue correcta.

Los señalados argumentos permitan pues sostener que la asistencia fue adecuada a las exigencias de la *lex artis*, en tanto que ésta requiere que se hayan puesto a disposición del paciente las técnicas y tratamientos necesarios, teniendo en cuenta los síntomas presentados en cada momento. En este caso, el paciente no presentaba signos del padecimiento de un sangrado, dado que no era abundante y ocurrió de forma paulatina. No se aprecia por ello una inadecuada utilización de los medios

disponibles que lleven a concluir que se produjera una actuación contraria a la debida práctica médica.

Por otra parte, el paciente firmó el pertinente documento de consentimiento informado, en el que figuran entre los riesgos de la misma, el «dolor abdominal, malestar y fiebre», la «acumulación de sangre en la pared abdominal (hematoma)», que «normalmente produce una hemorragia pequeña, pero si fuera severa, se requeriría transfusión de sangre» y la «punción accidental de órganos próximos». Se trata de riesgos que fueron por tanto conocidos y asumidos por él en el momento en que manifestó su consentimiento a la intervención, por lo que, desde esta perspectiva, la asistencia sanitaria puede considerarse también ajustada a la *lex artis*.

Se ha de concluir por ello que no concurren en el presente caso los requisitos necesarios para que proceda la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, se estima conforme a Derecho la Propuesta de Resolución.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación presentada se considera conforme a Derecho.