



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 15 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. 229/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. La solicitud de dictamen, de 7 de mayo de 2018, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 9 de mayo de 2018. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la capacidad del órgano solicitante, la competencia de este Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) 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), la cual es aplicable, en virtud de 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 Ley.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP),

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), por haber sufrido en su esfera moral los daños derivados del fallecimiento de su padre, (...) [art. 31.1.a) LRJAP-PAC].

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al 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 Servicio Canario de la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, 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. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues aquélla se interpuso el 25 de septiembre de 2015, en relación con un daño producido el 14 de abril de 2015, fecha del fallecimiento de (...).

III

La interesada, en su escrito de reclamación, expone los hechos en los que funda la misma, señalando en síntesis los siguientes:

«PRIMERO.- Que mi padre, (...), ingresa en el Hospital Nuestra Señora de Candelaria el día 26/08/2014, para ser intervenido de la vesícula. En el momento del ingreso, y a pesar de tener 80 años, mi progenitor era una persona totalmente independiente, que se encontraba en plenas facultades tanto físicas como mentales (...).

El día 27/08/2014 mi padre es intervenido quirúrgicamente por coleditiasis por la doctora (...) y el doctor (...). Dicha intervención sale muy bien, y mi padre es trasladado a la

habitación tras la intervención, sin que estuviera en ningún momento en vigilancia intensiva durante unas horas prudenciales, lo que entiende esta parte suele ser el protocolo normal.

Es a partir de ese momento cuando empiezan a surgir una serie de negligencias, una tras otra, que finalmente producen el trágico desenlace que acaba con la vida de mi progenitor.

(...)

UNDECIMO.- Después del relato anterior considera la dicente que se produjo un injustificado retraso en la realización de la atención médica a mi padre desde que sufra la caída de la cama (once puntos) tras la intervención, pues dicho retraso conllevaba una "pérdida de oportunidad" para mi padre, originando una serie de padecimientos y enfermedades que de actuar a tiempo y con diligencia se hubieran prevenido, en lugar de provocarle las secuelas graves y permanentes que finalmente le provocaron el fallecimiento, todo hubiese sido distinto de haber tenido una actuación prudente y de acuerdo a los protocolos médicos, Cómo cuantificar ahora los daños?.

Es evidente el nexo de causalidad existente entre la caída y las consecuencias que produce la misma en la salud de mi progenitor, y hay certeza sobre los efectos nocivos del retraso en el diagnóstico de su oído, dado que la mayor o menor celeridad en su realización hubiera dado un resultado distinto, que es lo que permite indemnizar la pérdida de oportunidad».

Se solicita indemnización que se cuantifica en 150.000 euros.

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 RPAPRP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 42.1 y 7, 43 y 141.3 LRJAP-PAC).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 1 de octubre de 2015 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que se recibe notificación el 6 de octubre de 2015, viniendo a aportarse lo solicitado el 16 de octubre de 2015.

- Por Resolución de 22 de octubre de 2015, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que recibe notificación el 28 de octubre de 2015.

- Se presenta escrito de la interesada el 27 de junio de 2016 solicitando información acerca del estado de tramitación del procedimiento a lo que se le da respuesta mediante escrito notificado el 4 de julio de 2016 en el que se comunica que se está a la espera del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

- Asimismo, el 7 de noviembre de 2016 la interesada insta el impulso del procedimiento y solicita nuevamente información acerca de su estado. Se le contesta mediante escrito recibido el 15 de noviembre de 2016 que se sigue a la espera del informe del SIP, cuya solicitud se ha reiterado.

- El 5 de junio de 2017 se emite informe por el SIP, tras haber recabado la documentación oportuna: historia clínica del paciente obrante en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC) y en el ámbito de la Gerencia de Atención Primaria Área de Salud de Tenerife, así como informes de los Servicios de Cirugía General y Digestiva, Neurocirugía y Otorrinolaringología del HUNSC, e información facilitada por la Supervisora Unidad Ofra 22 y Unidad EN07 del HUNSC.

- A los efectos de la evacuación de trámite probatorio, con fecha 9 de junio de 2017 se insta a la interesada a concretar la prueba testifical solicitada en su escrito inicial, identificando los testigos y señalando su relación con los hechos objeto de la reclamación. De ello recibe notificación la interesada el 19 de junio de 2017, viniendo el día 26 a identificar a los testigos propuestos.

- Así, el 27 de junio de 2017 se vuelve a instar a la interesada a que señale la relación de los testigos con los hechos objeto de la reclamación, así como a que aporte pliego de preguntas a realizar a cada uno. De ello es notificada el 4 de julio de 2017, viendo a aportarlo el 10 de julio de 2017.

- No obstante, el 20 de julio de 2017 se indica a la reclamante que ha de limitar a tres el número de testigos propuestos, en virtud del art. 364 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Por ello la reclamante, mediante escrito presentado el 31 de julio de 2017 cumple tal limitación.

- El 22 de agosto de 2017 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas aportadas por la interesada y se incorporan las de la Administración. De ello recibe notificación la reclamante el 28 de agosto de 2017.

- Con fecha 1 de septiembre de 2017 se realiza la prueba testifical con los resultados que obran en el expediente.

- Tras conferírsele a la interesada trámite de audiencia el 7 de septiembre de 2017, y serle notificado el 12 de septiembre de 2017, comparece aquélla el 18 de septiembre de 2017 solicitando copia de documentación, que se le entrega en el acto. El 25 de septiembre de 2017 se presenta escrito de alegaciones en el que se insiste en los términos de la reclamación.

- El 5 de octubre de 2017 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha, informados favorablemente por la Asesoría Jurídica Departamental el 16 de abril de 2018.

- El 15 de marzo de 2018 se insta a la interesada a cuantificar su reclamación, lo que ésta hace el 9 de abril de 2018.

- El 18 de abril de 2018 se dicta Propuesta de Resolución definitiva.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, de los que se infiere la adecuación de la *lex artis* en el funcionamiento del servicio durante la asistencia dispensada al fallecido.

2. Resulta procedente, como hace la Propuesta de Resolución, distinguir dos elementos en la reclamación presentada. Por un lado, la responsabilidad derivada de la caída del padre de la reclamante, a raíz de la que se imputan derivados los daños que, en última instancia, llevan a su fallecimiento. Y, por otro lado, el retraso en la asistencia recibida por aquellos daños.

1) Desde la perspectiva del primer aspecto de la reclamación, esto es, la caída sufrida por (...) el día 27 de agosto de 2014, (por error en la Propuesta de Resolución se hace referencia a 2017), se ha constatado de los antecedentes extraídos de la historia clínica del paciente, obrantes en el HUNSC, así como de la información facilitada por la Supervisora de Enfermería de la Unidad Ofra 22 de aquel Centro, que, en contra de lo alegado por la reclamante, ni la caída se produjo desde la cama por falta de barandillas, como veremos, ni fue consecuencia de los efectos de la falta

de vigilancia y cuidado debido a estar el paciente bajo los efectos de la anestesia, tras la intervención realizada en esa misma fecha, de colecistectomía laparoscópica.

Así, en primer lugar, respecto de la afirmación de que el paciente cayó por falta de barandillas, ha de decirse, que, como se ha señalado en el informe del SIP, tras la información recabada de los servicios implicados, la caída no se describe que ocurriera desde la cama sino mientras deambulaba el paciente, hecho independiente a la dotación de barandillas.

Informa la Supervisora de Enfermería que el propio paciente refirió, al realizarse el formulario de caídas, «haber solicitado ayuda para levantarse de la cama al compañero de habitación y que al levantarse y ponerse a caminar sufrió un resbalón y se golpea con el sillón».

Es más, tras la caída, y a pesar de estar puestas las barandillas y encontrarse el paciente consciente y orientado, se levanta sufriendo una nueva caída sin consecuencias, por lo que se procede a su sujeción ventral.

En segundo lugar, respecto de la consideración hecha de que fue trasladado a la habitación tras la intervención quirúrgica «sin que estuviera en ningún momento en vigilancia intensiva durante unas horas prudenciales», por lo que la caída se atribuye a ello, estando el paciente bajo los efectos de la anestesia, también ha quedado refutada esta argumentación por los datos obrantes en la historia clínica del fallecido.

Así, consta que el paciente, finalizada la intervención quirúrgica, aproximadamente a las 13:30 horas, ingresa en URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica) a las 13:45 y no es trasladado a planta hasta el turno de tarde, al menos después de las 16 horas.

Por otra parte, en ningún momento, ni el paciente, ni el familiar en su nombre, solicitaron al personal del Hospital ayuda para levantarse y deambular por la habitación.

Por lo expuesto, no hay relación causal entre la caída del paciente y el funcionamiento del Servicio.

2) En cuanto al segundo aspecto de la reclamación efectuada, esto es, el retraso y la inadecuada asistencia al paciente tras la caída, se ha señalado por el SIP lo siguiente, tras el análisis de la historia clínica de (...) y los informes preceptivos de los Servicios implicados en su asistencia:

«Producida la caída se activa el protocolo correspondiente, se cumplimentó el formulario de registro de las mismas y se localizó al médico.

Es valorado por el cirujano de guardia objetivándose herida en pabellón auricular derecho por lo que se efectúa interconsulta al Servicio de ORL que valora al paciente y sutura la herida.

Tras la caída en fecha 27 de agosto y en las valoraciones sucesivas hasta el 29 de agosto el paciente no manifestó alteración neurológica que hiciera precisa la indicación de pruebas complementarias.

No se objetiva, como se manifiesta en la reclamación retraso en la asistencia tras la caída.

- A partir de las primeras manifestaciones neurológicas consistentes en pérdida de fuerza en miembros superior e inferior izquierdos, alrededor de las 21:30 horas del 29 de agosto, se solicita interconsulta al Servicio de Neurología y la realización de TAC.

Ante el resultado del TAC se solicita interconsulta al Servicio de NCR.

- La reclamante afirma que tras la caída no se avisa a los familiares.

Durante el periodo 27 a 29 de agosto el paciente permaneció consciente, orientado y colaborador.

Tras manifestación neurológica, estudio de imagen y valoración por NCR consta que se informó al familiar.

- A la vista de lo expuesto, es probable, aunque no se concreta, que al referirse la reclamante a pérdida de oportunidad alude al momento de llevar a cabo intervención quirúrgica tras el diagnóstico de hematoma subdural.

En relación a la primera valoración, el S. de Neurocirugía nos ha informado que “Dada la edad avanzada del paciente y la comorbilidad asociada, se decide que el paciente no era subsidiario de medidas agresivas, es decir un tratamiento quirúrgico urgente (craneotomía y evacuación), no solo por el elevado riesgo quirúrgico implícito del procedimiento, sino también por la serie de procesos intercurrentes asociados a las secuelas neurológicas que se suelen presentar en este tipo de pacientes (como después se ha demostrado)”.

Observamos que esta actitud terapéutica de tratamiento conservador y vigilancia mediante TAC estaba indicada ante las circunstancias del paciente.

Es en el momento de mayor empeoramiento del nivel de conciencia, llegando GCS a 8/15 cuando se decide llevar a cabo la intervención. La imagen del TAC en fecha 16 de septiembre era de hematoma subdural crónico con expansividad. El hematoma subdural crónico es una entidad característica de personas de edad avanzada, y el antecedente traumático subyace alrededor de la mitad de los casos.

A pesar de la cirugía, en el 6º día postquirúrgico el paciente presenta mayor deterioro neurológico y precisó con posterioridad nueva intervención ante las pruebas de imagen de hematoma subdural crónico.

El paciente sufrirá diversos procesos infecciosos intercurrentes y un deterioro progresivo de su estado general.

- En relación al tratamiento del dolor, informa la Supervisora EN07 que es "habitual en los tratamientos de la unidad de dolor agudo el mantener a los pacientes, a pesar de tener bomba de perfusión de analgesia, con metamizol y paracetamol como refuerzos puntuales de analgesia en caso de que el paciente lo precise".

-La reclamante confunde otitis maligna oído derecho con tumor maligno. En esta línea menciona nuevamente "indemnización por pérdida de oportunidad".

El paciente sufre una otitis externa maligna. Esta entidad se trata de una infección del oído externo que se ha extendido hasta afectar a los huesos del cráneo que contienen parte del canal auditivo, el oído medio y el oído interno (hueso temporal).

La otitis externa maligna suele aparecer en personas con un sistema inmunitario debilitado y en personas de edad avanzada con diabetes (90%), estas dos últimas circunstancias se daban en el paciente. La infección del oído externo, por lo general causada por la bacteria *Pseudomonas*, se extiende al hueso temporal y causa una infección grave que puede ser mortal. Sobre un terreno predispuesto, paciente diabético y la microangiopatía diabética responsable de la hipoperfusión tisular, se produce la invasión del CAE por un germen oportunista.

A pesar del nombre, se trata de una infección y no de un tumor maligno, de hecho, durante el estudio del paciente por el Servicio de ORL se realizó cultivo de las secreciones donde creció *Pseudomonas aeruginosa*. Con posterioridad en el abordaje del pólipo inflamatorio en exudado ótico, y a pesar de tratamiento farmacológico, se aisló *Pseudomonas aeruginosa* y en el estudio de biopsia escisional no se objetivó neoplasia.

En el 20-30% de los casos de otitis externa maligna aparece parálisis facial.

A la luz de la historia clínica se objetivó un correcto abordaje de este proceso. Interconsulta desde el Servicio de NCR a ORL, lavados, tratamiento antibiótico inicialmente empírico hasta resultado del antibiograma y ajuste a este último.

Previo a un periodo de mejoría, en fecha 20 de marzo de 2014 se evidencia empeoramiento de la mastoiditis.

- En fecha 11 de octubre de 2014 dada la estabilidad clínica neurológica se planteó traslado a centro sociosanitario que no se hizo efectivo. No es hasta la fecha 10 de noviembre cuando el S. de NCR se coordina con el familiar para el alta hospitalaria en fecha 12 de noviembre y previa valoración del proceso otológico por ORL.

- La reclamante afirma que al paciente se le indicó "suero para los ojos" para el tratamiento de la otitis externa.

Al respecto nos informa el Servicio de ORL que el Tobradex es un antibiótico utilizado ampliamente en ORL y Oftalmología».

De todo lo expuesto cabe concluir, como, adecuadamente, hace la Propuesta de Resolución, que el paciente fue correctamente tratado en todo momento, siendo adecuado a la *lex artis* el funcionamiento de los Servicios tanto en cuanto a las pruebas realizadas como a los diagnósticos y tratamientos dispensados al paciente según la sintomatología presentada en cada momento. En primer lugar, por el diagnóstico y tratamiento efectuado por su lesión en el oído, desde el mismo momento de la caída acaecida el 27 de agosto de 2014, y, posteriormente, en el abordaje de la lesión cerebral sufrida, no habiendo un cambio de criterio, en contra de lo interpretado por la reclamante entre el neurocirujano que dijo que no procedía operar al paciente y el que luego dijo que sí, sino un cambio objetivo en la situación neurológica del paciente entre una decisión y otra.

Por todo ello, no es imputable su fallecimiento a un anormal funcionamiento del servicio, que fue en todo momento adecuado a la *lex artis ad hoc*, sino a la propia salud del mismo.

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la solicitud de la interesada.