



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 3 5 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 24 de julio 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. 299/2018 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 12 de junio de 2018, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 14 de junio de 2018. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del 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. Suay Rincón.

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 (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [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 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, 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. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP. Pues se interpuso aquel escrito por correo postal el 1 de febrero de 2016, respecto de un daño sufrido en un proceso asistencial que culmina con alta hospitalaria el 31 de marzo de 2015, sin perjuicio del posterior tratamiento rehabilitador, que culmina el 29 de septiembre de 2015, sin que la paciente hubiera acudido a todas las sesiones.

III

La interesada, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que funda la presente reclamación, los siguientes:

«(...) SEGUNDO.- En fecha 13 de noviembre de 2014 (...) acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura en Puerto del Rosario aquejada de un fallo

cardiorrespiratorio agudo en contexto de pancreatitis crónica. Asimismo presentaba fuerte dolor epigástrico irradiado a flanco izquierdo.

Fue atendida por la Dra. (...) quien manifestó que a la exploración clínica no presentaba gravedad pero se administra analgesia endovenosa con petidina y metamizol siendo ingresada en planta a cargo de medicina interna para realizar un estudio posterior, donde se le diagnosticó: cuadro shock séptico severo fallo orgánico múltiple respiratorio. Si bien no se le realizó diagnóstico por imagen mediante Tac (se sospechaba foco de infección abdominal) hasta el 24 de noviembre, es decir, casi 12 días después del ingreso en urgencias.

Igualmente el Hospital reconoce que la paciente (...) presentaba desde su ingreso signos de mala perfusión en ambos pies, con ausencia de pulso tibial posterior con pie frío y pálido. En pie izquierdo signos de necrosis distal en dedos y planta del pie, sin pulsos. Su evolución fue tórpida con mal control de analgésicos, desarrollo de alteraciones de medio interno con tendencia hacia la acidosis metabólica, con fracaso cardiorrespiratorio.

Ante tal cuadro médico, la triste realidad es que el diagnóstico fue esperar acontecimientos y la prescripción: conducta expectante hasta que se limite la necrosis. Bajo seguimiento por servicio de cirugía.

TERCERO.- A consecuencia de la diagnosis realizada, se prescribió a (...) que se sometiera a una cirugía y dada la situación y la falta de camas se le da el alta, mientras se solicita una cama en cirugía y hasta entonces la conducta será expectante hasta que se limite la necrosis.

(...) Posteriormente se me informa que se procedería a la operación de una pierna y de la necrosis que la afectaba. Pues bien con tales antecedentes e historial lo cierto es que hasta el 30 de diciembre de 2014 no se procede con la intervención y cirugía de la paciente. El resultado de la operación practicada culmina con la amputación de ambas piernas hasta altura de las rodillas.

(...) Es de destacar además que hasta pasado un mes de la cirugía y amputación los muñones nunca fueron vendados. Esta parte puede aportar informe que concluye "No es posible prótesis alguna como consecuencia de una mala cirugía", informe clínico de fecha 4/08/2015 (...) que se acompaña al presente como doc. núm. Cuatro.

CUARTO.- Aun tratándose de un procedimiento invasivo y de los riesgos y repercusiones negativas para la paciente, el centro hospitalario de Fuerteventura Puerto del Rosario, no le facilitó ni le informó correctamente de las consecuencias que podía tener la actuación médica en base a los antecedentes que figuran en su historial clínico, ni tampoco se le informó del alcance ni los riesgos de la intervención.

(...)

QUINTO.- En el momento de la citada intervención y tras la amputación de ambos pies, (...) presenta las siguientes incidencias:

Ictus isquémico agudo en corona radiata izquierda, de etiología probablemente aterotrombótica, asintomática a los cuales han requerido valoración, tratamiento y seguimiento por parte del servicio de rehabilitación.

No obstante, durante los días siguientes a la citada intervención, (...) empezó a experimentar un síndrome febril 2º a acceso intraabdominal residual postoperatorio, por lo que acudió de nuevo a urgencias del Hospital General de Fuerteventura. Una vez allí le fue diagnosticado un cuadro febril con síndrome ansioso depresivo y taquicardia paroxística por extrasístole, consecuencia de la cirugía, recomendándole mantener el muñón de la extremidad inferior izquierda en extensión sin flexionar en todo momento suministrándole fármacos y se decide contactar con el cirujano y radiólogo de guardia el día 31/01/2015 para informarles de la necesidad de un drenaje percutáneo de la colección absceso intraabdominal, aceptando aquel el traslado para efectuar dicho procedimiento en fecha de 02/02/2015, salvo empeoramiento clínico analítico.

Y no será hasta el día 5 de febrero cuando se procede al traslado mediante avión de urgencias al Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria procediendo a estar ingresada hasta el día 1 de abril de 2015.

Motivo del ingreso hospitalario en el Hospital de Las Palmas por traslado de Fuerteventura: colección intraabdominal postoperatoria (...).

SEXTO. A consecuencia de los hechos descritos (...) queda evidenciado que los daños y/o secuelas que padezco han sido provocados a consecuencia de la actividad de la administración sanitaria (o de su actuación equivocada) y que ha producido el siguiente resultado: Necrosis isquémica de ambos pies que ha precisado amputación suprapatelar derecha e infrapatelar izquierda (...).

Se solicita una indemnización que se cuantifica en 220.000 euros, correspondiendo 110.000 euros a la amputación de cada pierna, sin perjuicio de los daños psíquicos y secuelas cuya cuantía aún no se ha determinado.

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten la emisión de 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, aun 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 5 de febrero de 2016 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, viniendo a aportarse lo solicitado por correo postal el 24 de febrero de 2016.

- Por Resolución de 11 de marzo de 2016, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que es notificada aquélla el 17 de marzo de 2016.

- El 14 de marzo de 2016 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 14 de julio de 2017, tras haber recabado la documentación oportuna.

- El 11 de agosto de 2017 se dicta acuerdo probatorio, notificado a la interesada el 14 de septiembre de 2017, en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por aquélla y se incorporan las de la Administración, y siendo todas documentales y estando incorporadas todas al expediente, se acuerda la conclusión del trámite.

- El 16 de noviembre 2017 se confiere a la interesada trámite de audiencia, lo que se le notifica el 18 de diciembre de 2017, compareciendo un representante de la interesada -cuyo poder notarial de representación se aporta en este momento- para solicitar copia del expediente de la que se le hace entrega en el acto. No consta la presentación de alegaciones.

- El 10 de abril de 2018 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. Ello es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 18 de mayo de 2018, por lo que el 22 de mayo de 2018 se dicta Propuesta de Resolución definitiva en el sentido indicado.

V

1. Como se ha señalado, 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 a la *lex artis* del funcionamiento del servicio durante la asistencia dispensada a la reclamante.

2. Como se señala en la Propuesta de Resolución, del análisis de la historia clínica de la reclamante cabe concluir que fue conforme a la *lex artis* el funcionamiento del servicio asistencial en todo momento, procurando a la interesada

mejores resultados de los esperables dadas las patologías de la paciente y sus antecedentes, señalados en el informe del SIP.

De tal informe, como antecedentes destacables relacionados con la asistencia por la que se reclama nos encontramos con que se trata de una paciente de 62 años, fumadora (40 cigarrillos/día), diagnosticada en 2011 de alcoholismo (varios litros de vino/día), pancreatitis aguda, dislipenia, taquicardia paroxística en seguimiento por Cardiología en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) de Las Palmas de Gran Canaria, con anemia crónica, obesidad, pancreatitis crónica alcohólica y pseudoquiste de la cabeza del páncreas desde 2012, dolor abdominal secundario a pancreatitis crónica, fractura de fémur y distimia.

Está en seguimiento en el Servicio de Cirugía General del CHUIMI con tratamiento conservador para la Pancreatitis y el pseudo quiste.

El 18 de febrero de 2014 en consulta del Servicio de Digestivo se resume su caso como pancreatitis crónica alcohólica y pseudoquiste residual no subsidiario de cirugía.

Pues bien, dados estos antecedentes, y entrando en las causas por las que se reclama, como bien señala la Propuesta de Resolución, deben distinguirse y analizarse por separado cada una de las alegadas:

1) Se señala por la interesada que el motivo del ingreso fue un fallo cardiorrespiratorio agudo en el contexto de una pancreatitis crónica, lo cual es incierto.

La afirmación de la interesada es refutada por los informes obrantes en el procedimiento. Así, del informe del SIP, recogiendo el informe del Servicio de Cirugía General del Hospital de Fuerteventura, de 1 de abril de 2016, se extrae que la paciente ingresó el 13 de noviembre de 2014 en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura por «dolor abdominal que ha ido evolucionando a tórax y miembro superior izquierdo». En urgencias «no presenta fallo respiratorio, su respiración y su hemodinámica son normales (...) como señala el informe de urgencias de fecha 13 de noviembre de 2014 y el informe posterior de medicina intensiva» (Informes 1 y 2 que se adjuntan al citado informe del servicio de cirugía).

Se solicitó un TAC abdominal y se realizó valoración de ingreso, siendo el diagnóstico principal pancreatitis: reagudización de su patología pancreática de la que padecía la reclamante. Con tal diagnóstico ingresa en la planta de Medicina Interna.

Tras ingreso, se realizan pruebas complementarias. La paciente llega incluso a mejorar tanto del dolor como analíticamente.

Es el 16 de noviembre y no antes, cuando presenta un empeoramiento súbito y llega a fracaso hemodinámico. En tal fecha se diagnostica correctamente de fallo cardiorrespiratorio, fracaso cardiorrespiratorio agudo en contexto de pancreatitis crónica de origen enólico por lo cual se ingresa urgente en UCI, instaurando un tratamiento y unas medidas para salvar la vida de la paciente.

Ha de tenerse en cuenta, como señala el informe del Servicio de Cirugía, y recoge el SIP y así la Propuesta de Resolución, que cuando ingresa en UCI lo hace con un cuadro de shock séptico severo, secundario a pancreatitis aguda corporo caudal severa (pancreatitis grave necrótica, abscesificada), con fallo orgánico múltiple (respiratorio, metabólico y hemodinámico), signos de mala perfusión en ambos pies e insuficiencia respiratoria severa. El estado de la paciente era muy grave.

Tal es así que no es posible movilizarla, incluso para la realización de un TAC, debiendo esperar hasta el día 24 de noviembre para poder movilizarla, por lo que es en esa fecha cuando se le realiza TAC toraco-abdomino-pélvico con contraste.

Tras la realización del mismo, el Servicio de Medicina Interna realiza interconsulta con el Servicio de Cirugía General el mismo día 24 y, tras la evolución del paciente con el Servicio de Anestesia, que clasificó a la paciente como riesgo anestésico ASA V (lo cual indica enfermedad generalizada severa con riesgo vital), se acuerda intervención quirúrgica abdominal, firmándose el día 25 el consentimiento informado para aquella. Asimismo, se informa a la familia del proceder quirúrgico y de sus riesgos, «siendo informada de la importante morbi-mortalidad de la paciente (sangrado, resección intestinal, estoma, fallo multiorgánico, exitus)», lo cual consta reflejado tanto en el informe del Equipo de Cirugía como en la historia clínica de la paciente. Se trata de una cirugía de extrema gravedad y riesgo vital.

Y ello, incluso, a pesar de que nos hallamos ante un contexto en el que ni siquiera era exigible tal consentimiento informado, pues se trataba de una intervención con carácter de urgencia vital, pero también de los hallazgos que en la misma obligaron a la intervención del servicio de cirugía, pues se produjeron *in situ*, además de su carácter grave.

Y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, si

bien en sus arts. 4, 8 y 10 exige que se informe al paciente con carácter previo a toda intervención médica a fin de obtener su consentimiento a ella, consentimiento previo que el paciente ha de prestar por escrito en los supuestos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, exceptúa los supuestos contemplados en el art. 9.2, en cuyo apartado b) se recoge el supuesto de existencia de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo.

2) Por otra parte, se señala por la interesada que el hospital reconoce que la paciente presentaba desde su ingreso signos de mala perfusión en ambos pies con necrosis distal, lo cual también resulta desvirtuado por los informes obrantes en el expediente.

Una vez más, el informe del Servicio de Cirugía señala que no se mencionan en alteraciones en miembros inferiores y mucho menos necrosis de pies en el informe de Urgencias de fecha 13 de noviembre de 2014. En ningún momento la paciente menciona al médico de urgencias dolor o alguna otra alteración en las piernas, de hecho ingresa en el Servicio de Medicina Interna, como indican los protocolos del Hospital con fecha 13 de noviembre de 2014 por un cuadro de dolor abdominal con diagnóstico de pancreatitis.

Es con posterioridad cuando las alteraciones referidas en las piernas son mencionadas, en el informe de Medicina Intensiva cuando desarrolla el shock séptico, unidad donde ingresa con fecha 16 de noviembre de 2014.

Y es en el contexto precisamente del shock séptico sufrido por la paciente el 16 de noviembre cuando se advierte por el informe de Cirugía: «la mala perfusión en ambas piernas causada por el shock séptico con fallo multiorgánico, con distress respiratorio, con la necesidad de aporte de altas dosis de noradrenalina para mantenerla con vida, pero con afectos isquémicos».

Se realiza seguimiento posterior por los Servicios de Medicina Intensiva, y Cirugía General, observando evolución, durante la cual la paciente sufrió una serie de infecciones que fueron tratadas, y, asimismo, precisó traqueostomía por el Servicio de Otorrinolaringología el 3 de diciembre de 2014 por intubación prolongada.

El 4 de diciembre se le realizó nuevo TAC abdomino pélvico, que, analizado con respecto al TAC del 24 de noviembre, resultó dentro de los parámetros del primer TAC.

El 5 de diciembre de 2014 es remitida por el Servicio de Medicina Intensiva al Servicio de Rehabilitación por debilidad muscular.

En esta fase se realizan como diagnósticos principales: 1. shock séptico con afectación hemodinámico, respiratorio y metabólico. 2. Pancreatitis aguda córpore-caudal severa. 3. necrosis isquémica de ambos pies, que no presentaba la ingreso, en contra de lo afirmado por ella.

3) Alega la reclamante que frente a su situación se adoptó por los servicios médicos una «conducta expectante», lo que, igualmente, resulta desmentido en el expediente.

En primer lugar, a la vista de lo ya expuesto, se infiere que la paciente ha sido tratada en todo momento adecuadamente en función de los síntomas que presentaba y los resultados de las pruebas realizadas.

Y, en cuanto a lo que llama la interesada «conducta expectante», no sólo se señala por el informe del Servicio de Cirugía que «no existe ningún diagnóstico que sea “esperar acontecimientos” como indica el escrito», sino que se aclara que en su gravísimo estado estaba contraindicada en un primer momento una revascularización de las extremidades, explicándose a tal efecto:

«Somos consultados por primera vez una vez que (...) está ingresada en la Unidad de Medicina Intensiva, intubada, en shock y con fallo multiorgánico, con fecha 24 de noviembre de 2014, y en ese momento se nos consulta únicamente por el cuadro de pancreatitis, siendo intervenida por el equipo quirúrgico de guardia como hemos referido. En ese contexto, repetimos, de extrema gravedad y riesgo vital advertimos efectivamente que la paciente presentaba signos de mala perfusión en ambas piernas causados por el shock séptico secundario a necrosis pancreática grave abscesificada con fallo multiorgánico de 3 sistemas, con distrés respiratorio que dificultaba su oxigenación y comprometía la oxigenación de sus piernas, con la necesidad de aplicación de noradrenalina a dosis máximas para mantenerla con vida (pero también con efectos isquemiantes en las extremidades), con aparición de émbolos sépticos secundarios a una grave infección como señala el Informe de medicina intensiva (ver informe nº2), y todo ello en una paciente de 62 años con cardiopatía previa y aterosclerosis severa secundaria a tabaquismo y alcoholismo y con tal mal estado general que no se pudo movilizar hasta ese mismo día 24 de noviembre de 2014 para realización de TAC.

En esa situación crítica, y en el contexto de un shock con infección generalizada, está totalmente contraindicado todo tema de revascularización de las extremidades, coincidiendo lógicamente con ello los Servicios de Medicina Intensiva y Cirugía general y según las Guías Quirúrgicas y Clínicas de Urgencias (primero salvar la vida que la extremidad (...)). Según las

escalas de protocolos de extremidades catastróficas utilizadas comúnmente, la (...) presentaba una Escala de Extremidad Catastrófica MESS (Mangled Extremity Severity Score) una puntuación de 10 en ambas extremidades inferiores (puntuaciones mayores de 6 son indicativas de amputación). Así pues, se indicó el tratamiento médico señalado con seguimiento estrecho por parte de Cirugía del postoperatorio de la paciente conjuntamente con el Servicio de Medicina Intensiva, realizándose 2 interconsultas posteriores a la fecha 24 de noviembre de 2014, cuando ya seguíamos a la paciente en el postoperatorio de su pancreatitis. Es en ese momento y contexto y no antes cuando se refiere actitud expectante. Tampoco se pudieron añadir fármacos vasodilatadores entonces, como indicamos para mejorar la circulación arterial de las piernas dado su estado crítico».

Y se añade en las conclusiones del SIP, además, que la actitud «expectante» no consiste, como entiende la reclamante, en una actitud pasiva, sino que es una conducta médicamente activa.

El carácter expectante sin perjuicio de que no supuso falta de atención y tratamiento, estaría además dirigido a una amputación imposible de realizar en aquel momento a la paciente dada su grave situación, pues, como se indica en el informe del Servicio de Cirugía, en relación con el de Anestesia: «Según las escalas de protocolos de extremidades catastróficas utilizadas comúnmente la paciente presentaba una puntuación alta, indicativa de amputación de ambas piernas», lo que ocurre el 24 de noviembre, con imposibilidad de llevarla a cabo en tal momento por el riesgo sobre su propia vida.

Así, a la vista de la necrosis isquémica de ambos pies, acompañada de los otros diagnósticos, es dada de alta por el Servicio de Medicina Intensiva el 13 de diciembre de 2014, fecha en que ingresa en planta del Servicio de Cirugía General, donde se valora necrosis de la pierna derecha hasta la rodilla, y completa del pie izquierdo con necrosis y ausencia de pulsos distales.

Es cuando presenta mejores condiciones físicas, el 29 de diciembre de 2014, cuando se realiza Angio-TAC el, donde se observa ateromatosis aortoiliaca, estenosis de la arteria iliaca derecha, con ausencia de vascularización arterial desde la rodilla derecha, estenosis de un 70% de la arteria femoral izquierda. Se consulta con el Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital Insular.

Una vez más, y en contra de su afirmación de ausencia de información y consentimiento, se informa a la paciente verbalmente y por escrito con firma de consentimiento informado para intervención quirúrgica de amputación de ambos miembros el 28 de diciembre de 2014.

Las amputaciones fueron realizadas el 30 de diciembre de 2014 (Tal y como informa el Servicio de cirugía tal decisión vino avalada por los protocolos de buena praxis vascular, dada la crítica situación y con el objetivo de preservar la mayor cantidad de tejido viable posible en ambas piernas).

Se efectúa amputación por debajo de la rodilla o infratelar en la EII (pierna izquierda) y supratelar en EID (pierna derecha).

La paciente, el 15 de enero de 2015, presenta un ictus isquémico cerebral de probable etiología aterotrombótica. La sintomatología dura escaso tiempo, queda asintomática en una hora, es seguida por el Servicio de Neurología Hospitalaria.

El 15 de enero se realiza TAC cerebral, no encontrándose patología a descartar. La evolución posterior es favorable.

4) En cuanto a la alegación relativa a que la paciente fue dada de alta indebidamente, también queda desmentida en el expediente, pues consta que la paciente estuvo ingresada en el Hospital General de Fuerteventura ininterrumpidamente en el Servicio de Cirugía, continuando así hospitalizada debido a sus condiciones.

Asimismo, ello ha de ponerse en relación con el alegado retraso en el traslado a Las Palmas.

Consta que, tras sufrir deterioro del estado general del día 28 al 29 de enero de 2015, al presentar fiebre y dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo, se solicita el 29 de enero TAC de abdomen, se compara con el previo del 10 de diciembre, aumento volumen del derrame pleural izquierdo, mínimo en lado derecho aumento de volumen de colección en zona pararenal izquierdo, resto sin modificaciones, (el derrame pleural está relacionado con la cirugía, el shock y el encamamiento o inmovilidad).

Diagnóstico: absceso intraabdominal residual postoperatorio e infección tracto urinario, Tratamiento antibiótico de soporte y seguimiento.

Al persistir picos febriles se decide intervenir por medio del drenaje percutáneo del absceso, se contacta entonces con el Servicio de Cirugía General y Radiología Intervencionista del CHUIMI el 31 de enero de 2015, activándose el protocolo de traslado de la paciente a Las Palmas.

El día 2 de febrero previsto el traslado no se realiza por no existir camas en el Hospital de Las Palmas el día 4 de febrero previsto traslado de nuevo tampoco por avería del avión, hasta que el 5 de febrero de 2015 es trasladada a Las Palmas.

Llega e ingresa en el Servicio de Cirugía General del CHUIMI con absceso intraabdominal postoperatorio. En dicho Servicio le realizan drenajes con salida de material purulento, las colecciones intraabdominales son drenadas por vía cutánea.

Ante anemia importante se realiza transfusión sanguínea. Se pauta rehabilitación respiratoria.

Se realiza interconsulta al Servicio de Neumología, igualmente al Servicio de Rehabilitación para terapia motora y control de prótesis.

Interconsulta al Servicio de Psiquiatría por SDr. Depresivo en la paciente.

Controles radiográficos, RMN y TAC, hasta que el 19 de marzo de 2015 se realiza TAC y abdómino-pélvico y en este, se estudia una mejoría discreta de las colecciones organizadas intraabdominales.

Siguen los drenajes vía percutánea, de las colecciones intraabdominales.

Evolución lenta pero favorable, disminuye el tamaño de las colecciones intraabdominales, mejoría de la clínica, de los signos radiográficos etc.

Es el 31 de marzo de 2015 cuando recibe alta hospitalaria, y pasa a seguimiento por las Consultas Externas de Psiquiatría, Cirugía, el Servicio de Rehabilitación para terapia motora y control posterior para prótesis, y por la Unidad del Dolor en el CHUIMI.

5) Respecto a la ausencia de información de la paciente, ya se ha defendido la tesis opuesta a su afirmación. Respecto de ello debemos recordar que siempre medió consentimiento informado, y ello, incluso a pesar de no ser exigible en la primera intervención, como ya se ha señalado, dada su urgencia vital.

6) Finalmente, en cuanto a la valoración hecha por la reclamante acerca de la imposibilidad de colocarle prótesis «por la mala cirugía de amputación», y el hecho de interpretar el no vendaje de los muñones como una mala praxis, queda debidamente explicado en el informe del Servicio de Cirugía y por el informe del SIP, todo lo que es correctamente incorporado a la Propuesta de Resolución.

No hay constancia de lo expuesto por la reclamante sobre palabras de la médico rehabilitadora con respecto a los muñones sobre una mala cirugía efectuada, pues aquella se limita a exponer el estado de los muñones, sin realizar juicio sobre la

cirugía de los mismos. Además, ni siquiera dice que los muñones sean imposibles de protetizar (colocar prótesis), sino difícil de realizarse, lo que es bien distinto.

En todo caso, la reclamante atribuye esta «imposibilidad», que en realidad sería dificultad, a una inadecuada intervención y a la falta de vendaje tras la misma. Respecto de lo primero se señala en el tantas veces aludido informe de Cirugía:

«La paciente presentaba necrosis delimitada de la pierna derecha hasta la rodilla y completa del pie izqdo con necrosis y ausencia de pulsos distales completamente, y por tanto imposibilidad de salvamento de ambas piernas. Además la paciente tuvo un largo proceso de recuperación de infecciones [E. coli aeronomas, cándida albicans, enterococos (...)], como hemos indicado, hasta que estuvo en las mejores condiciones para someterse a una nueva cirugía de gran envergadura. Tanto en Doppler como en angiotac practicado el 29 de diciembre de 2014, se observaba ateromatosis aortoiliaca, estenosis de un 24% de arteria iliaca derecha con ausencia de vascularización arterial desde la rodilla derecha y estenosis de un 76% de la arteria femoral izquierda con ausencia de pulsos distales, por lo que tras completar el tratamiento prescrito y tras una lenta recuperación de la paciente (que en ese momento era portadora de traqueotomía), se procedió a amputación izqda por debajo de la rodilla y amputación dcha. por encima de la rodilla lo más conservadores posibles y valorando el nivel de amputación por la presencia de tejidos viables valorados por los cirujanos que realizaron la intervención. Se consultó también el caso con cirugía vascular del H. Insular de las Palmas como consta en el informe del curso clínico con fecha 29 de diciembre de 2015 de Cirugía (informe n.º 11) (...).».

Y respecto a lo segundo, a propósito de la «ausencia de vendajes de los muñones», el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones destaca:

«Los muñones tras la cirugía hubo que dejarlos sin vendajes oclusivos por prescripción del Servicio de Cirugía, pues el caso clínico de la paciente así lo requería.

Informa el Servicio de Cirugía que “un vendaje precoz de las heridas hubiera sido negativo y contraproducente tanto más cuando había aparecido infección en muñón izquierdo (...) aumentando el riesgo de gangrena, por ello de forma conjunta por nuestro Servicio de Cirugía fue desestimado vendar dichos muñones”.

Pero, se coloca una férula posterior, para evitar retracción en flexión de la rodilla izquierda, ayudar a una posterior rehabilitación etc. por tanto hubo tratamiento especializado no descuido y control posterior adecuado al caso».

Finalmente, se añade por los referidos informes que, en todo caso, la dificultad para colocar prótesis deviene de la polineuropatía de la paciente como consecuencia

del shock séptico sufrido desde el inicio, que comprometió su propia vida, y que fue adecuadamente tratado, salvándole la vida.

Así se señala en informe de la especialista de Neurología del Hospital General de Fuerteventura que estudia neurológicamente a la paciente refiere: «fuerza en ambos muñones 4/5 residual a Polineuropatía, no a la cirugía. La Polineuropatía fue consecuencia del shock sufrido».

Y, en todo caso, las posibles complicaciones en los muñones se exponen en el consentimiento informado firmado por la paciente.

3. Por todo lo expuesto, cabe concluir que la actuación de los servicios sanitarios, que es una obligación de medios y no de resultados, fue conforme a la *lex artis*, tanto desde el punto de vista de la asistencia misma, como desde el punto de vista de la información facilitada a la paciente, como se ha señalado, sin que exista relación causal entre el daño por el que se reclama y la asistencia prestada por los Servicios asistenciales públicos, siendo adecuada la Propuesta de Resolución que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante.

C O N C L U S I Ó N

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