



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de septiembre 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. 349/2018 IDS)\**.

## 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. El interesado en este procedimiento no cuantifica la indemnización que solicita. Sin embargo, la Administración ha solicitado el presente Dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supera los seis mil euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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 Ley 39/2015, de 1 de octubre.

3. El órgano competente para resolver es la Dirección del 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.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este 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. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

## II

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

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

- Con fecha 3 de abril de 2015, es trasladado, sobre las 21:45 horas, al centro médico (...), con posible fractura del platillo tibial.

- Sobre las 22:40 horas, casi una hora después, se produce la admisión del paciente.

- Sobre las 00:20 horas se le practica una radiografía. Durante todo este tiempo se tiene al paciente esperando, sin realizarle ninguna «maniobra» relacionada con la fractura que padece.

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

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

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

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

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

2. Sobre este asunto ya recayó el Dictamen de este Consejo 71/2018, de 1 de marzo, en el que se concluyó en la procedencia de retrotraer el procedimiento a fin de recabar informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) relativo a la asistencia sanitaria prestada, con otorgamiento de posterior trámite de audiencia al interesado y la elaboración de una nueva Propuesta de Resolución, que habría de ser dictaminada por este Consejo.

Cumplimentados los citados trámites procedimentales, se ha recabado nuevamente el parecer de este Organismo, por lo que procede ahora analizar el fondo del asunto.

### III

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

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

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

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

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

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

- A las 11:02 del mismo día 4 de abril consta anotación de Enfermería de Urgencias en la que se indica que se avisa al COT, ya que «el paciente no es capaz de movilizar los dedos del pie afectado, con ligera frialdad en comparación con el pie contrario. Mantiene coloración. Es valorado por COT que ajusta tratamiento y vuelve a colocar férula».

En anotación médica por esta consulta consta: «Avisan por paciente varón de 23 años de edad que presenta dificultad para movilizar los dedos del pie izquierdo (...). Paciente me refiere que tiene mucha dificultad para movilizar los dedos del pie izquierdo. Pie con buen llene capilar, menor a dos segundos, temperatura conservada. Sin dolor a la movilización pasiva de los dedos. Paciente no refiere dolor en pantorrilla al momento de la exploración. D/C parálisis de CPE. Plan: realizo apertura de férula, pauto Urbason, seguiremos evolución».

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

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

- Durante la cirugía, que se realizó a partir de las 21:00 horas del 4 de abril y transcurrió sin incidencias. La cirugía es iniciada por el equipo de guardia de Traumatología que encuentran fractura compleja y conminuta de la meseta tibia izquierda, con lesión vascular de arteria poplítea, lesión neurológica de nervio ciático poplíteo externo y/o tronco común y un síndrome compartimental en Miembro inferior izquierdo (MII) en desarrollo (se produce por aumento de presión en

el compartimento muscular debido a la inflamación), apreciándose signos de daño muscular. Posteriormente (23:23 horas) la cirugía fue continuada por el Equipo de Cirugía Vasculuar que encuentra sección completa de la arteria poplítea, con bordes contundidos (magullados), sin sangrado activo debido a vasoespasmo y avulsión de varias ramas venosas. En esta cirugía, para el control de ambos cabos de arterial poplítea, se seccionaron bordes que se encuentran dañados, por lo que no es posible sutura directa y se realiza bypass (nuevo conducto de comunicación). Al finalizar este procedimiento de bypass, éste es permeable, con latido distal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El mismo día se practica cirugía de isquemia irreversible de miembro inferior izquierdo mediante amputación supracondílea en boca de pez, según técnica

habitual, transfixión de paquete vascular y ligadura de ciático, sección de fémur con Gigli. En la tarde se traslada a planta de hospitalización para continuar con su tratamiento y cuidados. En los días siguientes evoluciona según lo esperado.

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

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

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

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

3. Sobre la responsabilidad en el ámbito sanitario, se ha de recordar, como de forma constante ha resaltado la jurisprudencia (SSTS de 24 de septiembre de 2004, 23 de septiembre de 2009, 29 de junio de 2011 y 11 de abril de 2014, entre otras muchas), como así ha considerado reiteradamente este Consejo (por todos, Dictámenes 62/2018, de 21 de febrero; 106/2018, de 15 de marzo; y 116/2018, de 27 de marzo) que el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de



responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis*, puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria, ya que, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste por tanto en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

4. De la historia clínica del paciente resulta, como ya se ha indicado, que una vez atendido en el Centro concertado y diagnosticada la fractura de meseta tibial izquierda, fue trasladado al HUNSC, donde ingresó a la 01:54 horas del día 4 de abril de 2015. En la valoración que se le efectuó aproximadamente media hora después (02:33 horas) se estableció como juicio diagnóstico la citada fractura, dejando constancia de que el paciente se encontraba agitado y no colaborador, lo que dificultaba el diagnóstico. Se pautó en este momento tratamiento y se solicitó TAC de rodilla izquierda, que no se realizó.

Horas después (a las 6:57) el paciente, según consta en anotación de Enfermería, se encontraba consciente, orientado y colaborador y fue visto nuevamente por traumatólogo alrededor de las 11:00 horas. En este momento el paciente, según anotación médica en la historia clínica, presenta pie con buen llene capilar, menor a dos segundos y temperatura conservada.

Es en la siguiente exploración, efectuada a las 16:20 horas, en la que se aprecia en el miembro inferior izquierdo lesionado: disminución de la temperatura, con relleno vascular lento, no palpándose los pulsos distales e impotencia a la flexo extensión de los dedos, y refiere hipostesia (siente menos) en el dorso del pie y primer dedo. Ante estos síntomas se sospecha la lesión vascular y se solicitan con carácter urgente las pertinentes pruebas diagnósticas que detectan, además de la fractura ya diagnosticada, la afectación del paquete vasculonervioso por traumatismo de la arteria poplítea, por lo que fue intervenido con carácter urgente,

con la evolución posterior ya descrita en los antecedentes y que culminó con la amputación del pie.

Sobre la atención recibida informa el SIP que en el momento en que el paciente fue valorado en el Centro concertado se practicó una radiografía que evidenció una fractura de platillo (meseta) tibial izquierda y se apreciaron en la exploración signos distales presentes, sin signos de isquemia, por lo que había circulación sanguínea a través de la extremidad. Una vez en el HUNSC y tras su examen tampoco se plantea la sospecha de lesión vascular dada la clínica presentada por el paciente. La actuación en este momento resultó, según informa el SIP, adecuada, ya que no se requería, a la vista de los síntomas presentados, la realización inmediata de un TAC, si bien éste se pauta de manera estándar (no urgente) en la evaluación preoperatoria. A ello se une que esta prueba no se podía realizar en ese momento ya que el paciente se encontraba agitado y no colaborador, a pesar de que se le había administrado un sedante, que no consiguió tranquilizarlo.

No es hasta horas después cuando en el paciente aparecen síntomas que hacen sospechar una afectación vascular, debido a que se aprecia una disminución de temperatura y relleno vascular lento, sin objetivarse pulsos distales. Ante esta clínica, informa el SIP, el paciente es valorado por Cirugía Vascular y se indica la realización, no solo del TAC ya previsto, sino también un TAC con contraste arterial (Angio TAC), que es la prueba que se precisa para confirmar la lesión vascular. Detectada esta lesión, se lleva a cabo la intervención quirúrgica el día 4 de abril, que transcurre sin incidencias. Al día siguiente se constata una adecuada perfusión distal en las cuatro extremidades y el día 6, en nueva valoración, se objetiva pulso tibial posterior y relleno distal, determinando la existencia de flujo sanguíneo que se confirma con la realización de una Eco Doppler, permaneciendo en similar estado los dos días siguientes. Es a partir del día 11 de abril cuando presenta signos de empeoramiento y a pesar de una nueva intervención que se le practicó no evolucionó favorablemente, con el resultado ya descrito.

Así pues, de acuerdo con los datos obrantes en la historia clínica y de acuerdo con los informes obrantes en el expediente, el paciente recibió la atención precisa de acuerdo con los síntomas que presentaba en cada momento, sin que haya quedado constancia de que la mala evolución posterior fuera debida a un retraso diagnóstico sino que, por el contrario, tuvo su origen en las propias lesiones vasculares padecidas, para las que no hay, de acuerdo con lo informado por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, posibilidad de tratamiento reparador, lo que conlleva

muy mal pronóstico de curación. En este mismo sentido, pone el SIP de manifiesto que las lesiones vasculares padecidas por el paciente y su mala evolución guardan relación, con una alta probabilidad, con el traumatismo sufrido y una vez que aparecen, independientemente del momento de su diagnóstico, presentan un pronóstico de viabilidad de miembro inferior lesionado muy desfavorable, sin posibilidad de tratamiento reparador.

Procede por ello concluir que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue acorde a los síntomas que presentaba en cada momento, sin que a pesar de ello se pudiera evitar la desfavorable evolución de las lesiones padecidas. Se estima en consecuencia conforme a Derecho la desestimación de la reclamación que se propone.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...), se considera conforme a Derecho.