



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 125/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 8 de abril de 2019.

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. 90/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

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

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

3. El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma. También son aplicables la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

## II

1. En cuanto a los antecedentes de hecho, teniendo en cuenta la documentación incorporada al expediente, cabe señalar que son los más destacados los siguientes:

La interesada de 80 años de edad sufrió el 2 de enero de 2017 una crisis hipertensiva y un accidente isquémico transitorio, siendo dada de alta el mismo día, pautándosele el correspondiente tratamiento médico.

Posteriormente, el 12 de septiembre de 2017 la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital del Sur, manifestando sensación de parestesias en borde externo del quinto dedo de la mano izquierda y en la punta de los dedos. El diagnóstico, tras la exploración de la paciente, fue el de cervicobraquialgia y pérdida de sensibilidad del cubital, y se le dio el alta con tratamiento médico.

Al día siguiente acudió nuevamente al mismo Servicio, refiriendo que desde hacía cuatro o cinco días presentaba disminución de fuerzas en mano izquierda y problemas en el habla, razón por la que fue derivada al Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC), en el que, después de ser explorada y realizarle un TAC craneal, se le explica por el especialista que su juicio diagnóstico es el de ictus isquémico de circulación anterior derecha de perfil lacunar y es derivada a su médico de cabecera y a Cardiología para completar estudio, y control neurólogo de zona.

Además, dado el tiempo de evolución y la estabilidad de la situación de la interesada, se acordó con la hija y la propia paciente el alta hospitalaria para ese mismo día por la noche, y que debía completar su estudio neurológico de forma ambulatoria.

El día 15 de septiembre de 2017 la paciente se presenta nuevamente al Servicio de Urgencias alegando que padece una disartria (problemas de habla) desde por la mañana que ha ido mejorando con el paso de las horas. El especialista en neurología

que la atendió y llevó a cabo una nueva exploración determinó, teniendo en cuenta que sus síntomas no eran sugestivos de nueva clínica neurológica salvo la persistencia de la debilidad descrita hace dos días, incluso con mejoría de la misma, que lo que padecía era un ictus lacunar evolucionado y después de prescribirle el correspondiente tratamiento y darle las indicaciones oportunas se le dio el alta médica.

El 17 de septiembre de 2017, la interesada vuelve al Servicio de Urgencias del HUNSC manifestando que sufre debilidad hemicorporal izquierda, con mal control tensional. Se lleva a cabo por el Servicio de Neurocirugía diversas pruebas diagnósticas incluido un TAC craneal, manifestándose que el mismo ha mostrado múltiples lesiones hipodensas subcentrímetricas en centros semiovais, de predominio derecho, más evidentes que en el TAC previo en posible relación con lesiones isquémicas, siendo los resultados del resto estudio como el efectuado el del 13 de septiembre. El diagnóstico continuó siendo el de ictus isquémico de circulación anterior derecha perfil lacunar.

Los doctores deciden derivarla Hospital del Sur al día siguiente, para ser ingresada y tratada por el Servicio de medicina interna con la finalidad de efectuarle un adecuado control tensional estricto e iniciar tratamiento rehabilitador, se ajustó su tratamiento y se le informó a la paciente e hija. La interesada permaneció ingresada hasta el día 31 de octubre de 2017, cuando se le dio el alta hospitalaria.

Por último, consta en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) que:

«El 15 de febrero de 2018 en informe de consulta sucesiva del Servicio de Rehabilitación refiere: “actualmente la paciente come sola, no corta, ayuda vestido y baño. Independiente sola, ayuda para el baño, no usa pañales, deambula con ayuda de una persona o silla de ruedas, no alteraciones del habla ni deglución, en hemicuerpo izquierdo balance muscular del MSI: abducción de 2+/5, flexoextensores codo 3/5, distal 2+/5.

BM del MII psos de 3+75, abd 3+/5, adduccion 3/5, cuadriceps 3/5, distal 3/5. Consigue con bastante dificultad paso a bipedestación. Marcha no valorable. El plan es fisioterapia y el llamado TO que son los ejercicios encaminados a mejorar actividades de la vida diaria, destreza manual, pinza, empuñadura, trabajo transferencias (...)».

2. En su escrito de reclamación, la interesada centra su solicitud en la actuación médica del día 12 de septiembre de 2017, la cual considera deficiente, y lo hace en los siguientes términos:

«Por ello entiende esta parte que se ha producido una negligencia por parte del servicio de urgencia en la determinación del tratamiento y acciones que debieron tomarse el día 12 de septiembre y que en definitiva no se tuvieron en cuenta, considerando que desde el primer momento el paciente tenía la gravedad que tenía y que una rápida atención neurológica, hubiera impedido la situación en la que se encuentra en estos momentos.

La rápida asistencia especializada por el neurólogo es un factor que mejora el pronóstico e influye en la efectividad del tratamiento. Por lo que un paciente con los síntomas que tenía en el momento de llegada el día 12 de septiembre debería de haber ingresado, por cuanto que los síntomas antes y después de su asistencia en urgencias eran los mismos y fueron los determinantes para el diagnóstico realizado el 15 de septiembre».

Por ello, reclama una completa indemnización de los daños sufridos.

### III

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 9 de octubre 2017.

El día 18 de enero de 2018, se dictó la Resolución núm. 214/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

2. En lo que se refiere a su tramitación, el procedimiento cuenta con el informe del SIP y el informe del Servicio de Neurología del HUNSC, en el que también se valora la actuación médica llevada a cabo el día 12 de septiembre de 2017 en el Hospital del Sur.

Así mismo, la interesada solicitó la práctica de varias pruebas testificales, las correspondientes a varios parientes que conviven con ella, admitiéndose dos de ellas por considerar el resto innecesarias y redundantes. Se le requirió la designación expresa de dos de los testigos propuestos y remitir el pliego de preguntas, sin embargo, la interesada no hizo nada de esto, motivo por el que de modo justificado y correcto no se practicaron tales pruebas.

Además, se le otorgó el trámite de vista y audiencia, solicitando la interesada una ampliación de plazo, cuando el plazo legal para formular alegaciones y el correspondiente a tal ampliación habían vencido, sin que presentara finalmente alegación alguna, no pudiendo considerarse que con ello se le haya causado indefensión.

3. El día 26 de febrero de 2019 se emitió Propuesta de Resolución, vencido el plazo resolutorio, sin justificación para ello; no obstante, como se ha dicho, esta demora no impide resolver expresamente [arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP].

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y siguientes LPACAP).

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS, pues ha resultado acreditado que la interesada fue objeto de una actuación sanitaria adecuada, continuada en el tiempo y conforme a la *lex artis*, poniendo a su disposición todos los medios posibles para lograr su curación.

En el presente asunto, tal y como se señaló con anterioridad, el objeto de la reclamación se centra en lo acontecido el día 12 de septiembre de 2017, actuación que será objeto de análisis en este Dictamen.

2. En primer lugar, es preciso tener en cuenta lo que el SIP expone en su informe acerca del ictus y de las actuaciones médicas correspondientes, lo que es necesario reproducir para poder valorar de forma correcta los hechos, siendo lo siguiente:

«El AIT se define como un déficit neurológico focal de corta duración, con recuperación del mismo en un espacio de tiempo inferior a las 24 horas. El cuadro se interpreta como debido a un déficit de irrigación en un área cerebral que ocasiona la pérdida de la función que le es propia.

En líneas generales, los ictus pueden dividirse en dos grandes grupos según su mecanismo de producción: la isquemia cerebral y la hemorragia intracraneal.

Los ictus isquémicos representan entre el 80 y el 85%. Varias enfermedades pueden causar un ictus isquémico: las más frecuentes en los ancianos son la arteriosclerosis de grandes y pequeñas arterias y la cardioembolia. Existe asociación entre factores de riesgo vascular y las causas más frecuentes de ictus isquémico (hipertensión, diabetes, tabaquismo, hipercolesterolemia).

El ictus isquémico está provocado por la arteriosclerosis en el territorio vascular cerebral y por la existencia de embolia de origen cardíaco en el caso de que exista fibrilación auricular. Por ello, su prevención está relacionada con la prevención de la enfermedad

arteriosclerótica, en general, y el control de todos sus factores de riesgo (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia y tabaquismo).

(...) Asimismo, el manejo protocolizado y en equipo interdisciplinario de los principales problemas y síndromes geriátricos que pudieran aparecer ha demostrado ser beneficioso en términos de disminuir la discapacidad y evitar o retrasar la institucionalización de por vida. Los antiagregantes plaquetarios especialmente la Aspirina (ácido acetilsalicílico), ejercen un papel importante en la prevención secundaria, en la recurrencia del Ictus isquémico arteriosclerótico.

(...) Tres cuartas partes de los Ictus ocurren a pacientes mayores de 65 años, siendo la edad del primer Ictus mayor en la mujer que en el hombre.

(...) Sospecharemos un Ictus en aquellos pacientes con déficits neurológicos focales, con instauración abrupta de los síntomas, especialmente si el paciente presenta paresia facial aguda, alteración del lenguaje o caída o pérdida brusca de fuerza en el brazo, y no refiere antecedentes de traumatismo craneal previo.

No debe considerarse como primer diagnóstico cuando aparezcan los siguientes síntomas de manera aislada: confusión, mareos, amnesia, disfagia, disartria, escotoma centelleante, incontinencia urinaria o anal, pérdida de visión más alteración de conciencia, síntomas focales asociados a migraña, pérdida de conciencia incluyendo síncope, actividad tónica y/o clónica, progresión paulatina de síntomas (particularmente sensoriales) afectando a varias partes del cuerpo. No obstante, en caso de que existan dudas razonables, se debe activar el código Ictus para estudio como si lo fuera.

La disartria es la dificultad para articular sonidos y palabras.

Actuación ante sintomatología subaguda: las personas con "sospecha" de haber presentado un Ictus transitorio que no tienen síntomas neurológicos en el momento de la valoración y que ha ocurrido hace 7 días o menos, deben ser remitidos para valoración por neurología a un hospital de forma urgente en menos de 24 horas, sobre todo si ha ocurrido hace menos de 48.

Los pacientes con "sospecha" de Ictus transitorio o Ictus estable de al menos 48 horas de evolución que se presentan tras los 7 días posteriores al inicio de los síntomas, deben ser evaluados por un neurólogo en menos de una semana».

Además, de todo ello en dicho informe se afirma que entre los pacientes con tales problemas neurológicos en los que no es necesario proceder a su ingreso hospitalario, siendo adecuado el tratamiento y estudio ambulatorio, se encuentran los que sufren ataque isquémico transitorio o déficit neurológico leve (S. Lacunar).

3. En segundo lugar, tanto en el informe del SIP, como en el informe del Servicio, se analiza la referida actuación de manera detallada.

Así, en el informe del SIP se manifiesta al respecto que:

«La asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital del sur el 12/09/2017, estuvo guiada por la clínica y exploración de la paciente a su llegada.

1.- La paciente señalaba sensación de parestesia en borde externo mano izquierda, desde hacía unos 2-3 días, y que el mismo día 12 al levantarse por la mañana sintió sensación de pérdida de fuerza y sensibilidad en brazo izquierdo que desaparece tras poco tiempo. No existe relación con la patología sufrida el 2 de enero del mismo año, en el que la clínica no fue una sensación, era una verdadera pérdida de fuerza en mitad del cuerpo lado izquierdo completo, no solo en brazo izquierdo, signo claro de focalidad neurológico o déficit.

Tras exploración neurológica y general, no existe focalidad neurológica que indique afectación cerebral, si existe en cambio dolor cervical, positivo a la exploración con radiografía diagnóstica de artrosis cervical importante.

Los signos de pérdida de sensibilidad o fuerza con los que amaneció los refiere como sensación, no claros, y que desaparecen rápidamente, en su propia casa, antes de acudir al servicio de urgencias y con una exploración posterior neurológica en el servicio de urgencias normal por lo que se interpretan por la patología cervical existente, y derivada de ello, lo cual perfectamente plausible clínicamente.

Se achaca los problemas a la afectación cervical, se trata como tal, a ello se añade afectación del nervio cubital, esta afectación es una afectación que en el momento que se observó se diagnostica como una afectación periférica del nervio, localizada, o como derivada a su vez de problemas a otro nivel pero localizado en torno al brazo izquierdo, no a nivel central o cerebral como sería el caso de un AIT. Se derivó a control médico de atención primaria, así neurólogo si empeora afectación cubital.

Ello no implica que posteriormente, la existencia de un episodio de AIT apareciera, con una clínica determinada y fuera ya diagnosticable y diagnosticado como así fue».

4. En el informe del Servicio de Neurología del HUNSC, al valorar la atención prestada el día ya mencionado, se afirma que:

«Por otra parte, en la información clínica de la Atención a Urgencias del día 12/09/2017, momento del inicio de su sintomatología, se menciona que la enferma presenta exclusivamente trastornos sensitivos en brazo izdo. Por dicha circunstancia podemos concluir retrospectivamente que la enferma nunca reunió criterios para trombectomía y probablemente tampoco de fibrinólisis aun desconociendo el tiempo de evolución de los síntomas, teniendo en cuenta la poca puntuación en la escala NIH de la clínica recogida en los registros electrónicos. En cualquier caso dichos

tratamientos no se aplican en el nivel asistencial donde acudió la enferma en su primera visita.

En resumen de la revisión de los datos recogidos en los registros electrónicos no hay evidencia basada en datos objetivos de que se haya omitido algún tipo de tratamiento específico del ictus que pudiera haber modificado la evolución de la historia natural de su proceso. Asimismo concluyo que se han seguido las guías y protocolos de nuestro hospital para el manejo del paciente con patología vascular aguda».

5. En conclusión, el día 12 de septiembre de 2017, cuando la interesada acudió al Hospital del Sur no presentaba un conjunto de síntomas propios de un padecimiento de carácter neurológico como el ya descrito, pues tras realizársele las pruebas diagnósticas adecuadas para tal tipo de dolencia se determinó la ausencia de focalidad neurológica.

Los únicos síntomas que presentaba, compatibles con esa enfermedad y también con otras de distinta naturaleza, los tenía de forma aislada y como ella misma alegó eran hormigueos y sensación de adormecimiento, sin que sufriera pérdida de capacidad funcional, junto con otros síntomas, lo que sí sufrió días después, cuando sí se le diagnosticó una patología neurológica.

Además, sus síntomas sí eran compatibles con la importante artrosis cervical que sufría.

6. Tampoco cabe dejar de anotar la circunstancia de que la interesada no ha aportado prueba alguna en el curso del procedimiento, en los distintos trámites en que ha tenido ocasión de hacerlo, que permita considerar que los servicios sanitarios pertenecientes al SCS actuaron no solo ese día, sino durante todo el proceso médico de la interesada, de forma contraria a la *lex artis* o incumpliendo su obligación de medios, ni tampoco que permita rebatir o poner en duda lo manifestado en los dos informes referidos anteriormente.

7. Este Consejo Consultivo ha señalado reiteradamente, como, por ejemplo, en su Dictamen 264/2018, de 6 de junio, acerca tanto de la «prohibición de regreso» a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, como del error de diagnóstico, siguiendo la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo, que:

«Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la “prohibición de regreso” a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación



médica inicial, que sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)», doctrina ésta que resulta aplicable al presente asunto por las razones expuestas.

8. Por tanto, no ha resultado demostrada la existencia de relación de causalidad entre el correcto funcionamiento del Servicio y el daño reclamado por la interesada.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, es conforme a Derecho en virtud de lo razonado en el presente Dictamen.