



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 4 8 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 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. 110/2019 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

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. Se considera que, de estimarse la reclamación por los daños alegados, la cuantía debería exceder de 6.000 euros, por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado 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

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

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 y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP). 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, cabe señalar que los más destacados son los siguientes:

El día 30 de junio de 2016 el interesado sufrió un accidente de moto, siendo trasladado al Hospital Universitario de Ntra. de la Candelaria (HUNSC) a las 08:51 horas, donde, después de explorarle y realizarle dos radiografías de la parrilla costal y del hombro izquierdo, se le diagnosticó fractura costal en la quinta y séptima costilla, teniendo una saturación de oxígeno del 98% y se le dio el alta con tratamiento médico y control por su médico.

Al día siguiente, a las 23:16 horas, cerca de un día y medio después, acude al Servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) presentando dolor intenso y en la zona costal izquierda y disnea, tras efectuarle una radiografía de tórax se observó velamiento, hemotórax izquierdo, fracturas costales de arcos costal es 5-8 izquierdos, derrame pleural izquierdo masivo. Por tal motivo, se le realizó drenaje pleural y se le diagnosticó fractura costal en lado izquierdo y hemoemotorax (hemotorax), que tras ser drenado se constató la mejoría del paciente.

En el HUC, por el servicio de cirugía torácica, se le practicó una toracotomía posterolateral izquierda exploradora, limpieza de cavidad y drenaje de material hemático coagulado, reparación de laceraciones pulmonares y diafragmáticas, hemotorax y neumotorax y se le colocaron dos drenajes pleurales, ya que en la radiografía efectuada se observó la persistencia de signos de ocupación pleural.

Tras ello ingresó en el Servicio de Anestesiología y Reanimación, con alta el día 3 de julio, siendo remitido al HUNSC, ingresando ese mismo día en planta del Servicio de Cirugía Torácica del HUNSC, donde se le colocan dos nuevos drenajes torácicos y se retiró el que traía, necesitando soporte de oxígeno para mantener saturaciones de oxígeno por encima de 90%.

Después de buena evolución, se le retiraron los drenajes, uno el día 4 de julio y el otro el día 5 de julio y, finalmente, fue dado de alta el día 7 de julio de 2016, con diagnóstico principal de traumatismo torácico cerrado.

2. En su escrito de reclamación, el interesado centra su solicitud en la actuación médica del día 30 de junio de 2016, la cual considera deficiente al entender que ese día no se le efectuaron las pruebas diagnósticas precisas para dar un diagnóstico correcto con el que se hubiera podido evitar los hechos acaecidos posteriormente, especialmente los referidos al hemotorax y las intervenciones quirúrgicas posteriores efectuadas para tratar tal dolencia.

Por ello, el interesado solicita la indemnización de los daños padecidos.

III

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito del interesado ante la oficina de Atención al Usuario del HUNSC el día 27 de junio de 2017, constituyendo tal escrito una auténtica reclamación de responsabilidad patrimonial en atención a su contenido.

El día 29 de agosto de 2017, se dictó la Resolución núm. 2801/2017 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 Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) y el informe del Servicio de Urgencias del HUNSC, se acordó la apertura de la fase probatoria, sin que el interesado solicitara la práctica de prueba alguna, y se le otorgó el trámite de vista y audiencia, no formulando alegaciones.

3. El día 14 de marzo 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 LRJSP).

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.

La Administración afirma, con base en el informe del SIP, que la actuación sanitaria prestada al interesado ha sido conforme a la *lex artis*, pues el día 30 de junio de 2016, se le realizaron las pruebas diagnósticas que requería, en este caso, las radiografías correspondientes a la parrilla costal, tórax y hombro y no era procedente ninguna otra prueba complementaria porque el paciente no mostraba ningún signo o síntoma que obligara a su realización, añadiéndose que su cuadro clínico cambió, unas 36 horas más tarde y fue entonces cuando precisó de una actuación distinta, dado que el diagnóstico también era otro y no por un error precedente, sino por una evolución posterior de su lesión inicial.

2. En lo que se refiere a la actuación que se llevó a cabo el día 30 de junio de 2016, en el HUNSC, en el informe del Servicio de Urgencias de dicho Centro hospitalario se afirma que:

«El paciente fue atendido inicialmente en el área de triaje donde se le tomaron las constantes vitales: TA 158/101 FC: 73 por minuto Sat O₂ 98%.

En la Exploración Física se refleja que el paciente estaba consciente y orientado en tiempo y espacio, sin focalidad neurológica. Dolor a la palpación de cabeza humeral sin signos de luxación ni déficit sensitivo ni motor. ACP: RscsRs. Murmullo vesicular conservado. No hematomas ni signos de enfisema. Dolor a la palpación costal. Abdomen sin hallazgos patológicos.

Se le solicitaron radiografías de tórax en proyecciones PA y L y parrilla costal y de hombro izquierdo destacando fractura de 5º y 7º arcos costales sin asociar derrame pleural, neumotórax ni enfisema subcutáneo. Además, se le realizó una analítica: hemograma, coagulación, perfil bioquímico, orina y gasometría. Los resultados fueron dentro de los límites de la normalidad.

El paciente se mantuvo en observación con sueroterapia y tratamiento analgésico. Al comprobarse el buen estado general del paciente se le dio el alta con el diagnóstico de Contusión Tórax y hombro izquierdo y fractura 5º y 7º arcos costales izquierdos. Se le prescribió tratamiento y se le aconsejó control por su MAP».

Este informe determina que se le efectuó al interesado la correspondiente exploración médica y se le practicaron diversas pruebas diagnósticas, actuándose de acuerdo con los síntomas que iba presentando el paciente, sin que el interesado haya aportado prueba alguna que contradiga lo manifestado en dicho informe.

3. En el informe del SIP se señala en relación con el hemotorax, enfermedad que presentó por primera vez el día 1 de julio de 2017, alrededor de las 23:00 horas, que:

«La incidencia de hemotórax en pacientes con fracturas costales múltiples es del 30%. La hemorragia de las fracturas suele detenerse espontáneamente y rara vez se requiere una toracotomía urgente. El sangrado puede detenerse o recidivar varios días después. En una revisión de los traumatismos, Simon y col., publicaron 12 casos con hemotórax tardío (se forma por lesión de un vaso de la pared torácica, diafragma, pulmón o mediastino).

Los pacientes refieren dolor y disnea. El 92% de éstos eran pacientes con múltiples fracturas costales o fracturas desplazadas. La aparición del hemotórax ocurrió entre las 18 horas y los 6 días después del traumatismo».

4. Y se señala en él acerca de la actuación médica en cuestión que:

«Se determina que el 30 de junio de 2016, por la mañana, se diagnostican fracturas de la 5ª y la 7ª costillas del lado izquierdo tórax, no hay datos de gravedad ni en la clínica ni en el resto de estudios, como las Radiografías y en las cuales no se observa la aparición de neumotorax, enfisema etc.

Se trata el dolor y se queda en observación manteniendo buen estado general por lo que es posteriormente dado de alta. Se determina, a su vez, que en la noche del 1 de julio, unas 36 horas más tarde, el paciente acude con clínica de clara insuficiencia respiratoria, con mal estado general, lo que se refrenda por el estudio radiográfico y el resto de pruebas realizadas, en la existencia de patología torácica como son el neumoperitoneo, el enfisema pulmonar etc. El paciente es tratado e ingresa en el hospital.

Tras valoración de la historia clínica, de la patología sufrida por el paciente y la observación de la evidencia científica en los hechos diagnósticos y el tratamiento consecuente no encontramos la existencia de mala praxis médica.

4.- El posible ingreso hospitalario y realización de otras pruebas diagnósticas el día 30 de junio de 2016, alegado por el reclamante, sería oportuno de realizarse en otras circunstancias, y no en las sufridas por el paciente.

Se diagnosticaron dos fracturas costales en el CH UNSC, sin desplazamiento, y aunque fueran tres, como posteriormente refleja la cirugía torácica in situ, en el HUC, no estaría indicado en principio el ingreso hospitalario, tanto por el número de costillas fracturadas (hasta tres), como el ser cerradas sin desplazamiento, como la localización de las fracturas,

como la edad del paciente y por la no existencia de patología cardiopulmonar previa. Se admite si más de 3 fracturas costales ingreso hospitalario por el riesgo posible complicaciones. De todas maneras el día 30 se diagnostican dos fracturas.

Y no se ingresa igualmente porque no aparece clínica respiratoria ni auscultación patológica, el estado general es bueno. La saturación de oxígeno normal y la existencia como ya hemos reflejado de una radiografía que no muestra lo que si se observa tras pasar 36 horas, tras lo cual la clínica es patológica, y ante ello se actuó rápida y adecuadamente al caso.

Con respecto al hemotórax presentado el día 1 de julio, este se definiría como hemotórax tardío como refiere la bibliografía médica en los estudios realizados, que es aquel que se produce en algunos traumas torácicos entre las 18 horas y los 6 días posteriores al traumatismo, lo mismo ocurre con la contusión pulmonar, que también puede aparecer tras pasar 18-36 primeras horas tras trauma», todo lo cual refuerza lo anteriormente expuesto por el Servicio, es decir, se actuó en todo momento teniendo en cuenta los síntomas que presentaba el interesado y los resultados de las pruebas diagnósticas que se le realizaron sin que unos y otros determinaran que ese día padecía hemotorax, ni que fuera preciso mantenerlo ingresado por la posibilidad de sufrirlo, si bien quedó bajo control médico.

5. En el reciente Dictamen de este Consejo Consultivo 125/2019, de 8 de abril, se ha manifestado, siguiendo la reiterada y constante doctrina de este Organismo en la materia, 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)».

Esta doctrina resulta ser plenamente aplicable, puesto que los facultativos que atendieron al interesado el día 30 de junio de 2016 realizaron la totalidad de las pruebas diagnósticas correspondientes a la patología que presentaba el paciente en

ese momento. Todo ello teniendo en cuenta que el reproche del interesado se basa exclusivamente en la evolución posterior de su enfermedad inicial.

6. El interesado no ha demostrado la existencia de relación de causalidad entre el correcto funcionamiento de los Servicios sanitarios y el daño padecido.

7. La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, es conforme a Derecho en virtud de lo expuesto en el presente Fundamento.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Reclamación, que desestima la reclamación del interesado, es conforme a Derecho.