



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 20 de junio 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. 212/2019 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 (PR), 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 (80.000 euros), 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 solicitarlo 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 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. Fajardo Spínola.

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 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); 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 lo que se refiere a los antecedentes de hecho, teniendo en cuenta el escrito de reclamación y los distintos informes médicos incorporados al expediente, son los siguientes:

El interesado de 46 años en el momento de los hechos, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) el día 12 de septiembre de 2017, a las 17:47 horas, puesto que alrededor de las 15:00 horas había sufrido en su domicilio incapacidad absoluta para hablar, durante 45 minutos (afasia), habiendo sido valorado inicialmente por enfermería sin que presentara sintomatología específica de ictus. Se le mantuvo en observación en dicho Servicio hasta que se le efectuó una valoración general y neurológica por parte del médico del Servicio de Urgencias a las 22:06 horas, haciendo constar en su informe de urgencias «sin hallazgos patológicos agudos», pero a las 22:29 horas dicho facultativo solicitó varias pruebas complementarias, TAC craneal (efectuado a las 00:24 horas), analítica, ERG, Rx de tórax, realizándose interconsulta a Neurología, puesto que en este último periodo el afectado volvió a sufrir un nuevo episodio de afasia.

2. A su vez, tras dichas pruebas y exploración en profundidad, el especialista en neurología anotó «no refiere sintomatología a otro nivel, no alteración motora, sensitiva» con juicio diagnóstico de posible síndrome hemisférico izquierdo a estudio, posible etiología vascular (ICTUS), menos probable funcional. Se valora una disfasia mixta con predominio motor, haciendo constar además que «a pesar que la exploración es concordante con focalidad hemisférica izquierda hay algunos datos de funcionalidad en la exploración, si bien la falta de factores de riesgo y la normalidad de las pruebas complementarias obligan a descartar el evento vascular cerebral».

3. El neurólogo a las 00:22 horas le recetó el tratamiento correspondiente a dicho tipo de patología neurológica (Adiro 300 mg, orfidal y Captotril 25) y decidió su ingreso en la planta de neurología para completar su estudio, siendo de nuevo valorado por el Servicio de Neurología a las 14:24 horas del día 13 de septiembre, cuyo especialista hace constar que «pendiente para ingreso por cuadro de disfasia motora de instauración brusca inicialmente fluctuante, luego establecido a partir de la tarde- noche en urgencias, más dudosa paresia facial derecha, las exploraciones diagnosticas fueron normales con tac normal, sin factores de riesgo vascular, con Adiro 300mg cada 24 horas ya iniciado, la exploración en el momento es estable clínicamente persistiendo la imposibilidad de emitir lenguaje salvo si o no, y alguna silaba aislada, comprende ordenes, responde asintiendo o negando con la cabeza, hay dudosa paresia facial que fluctúa en exploraciones sucesivas, no otros trastornos faciales ni en el resto, se informa a la familia».

4. Posteriormente el día 15 de septiembre por la tarde, se le realizó resonancia magnética nuclear cerebral, que reflejó unos hallazgos sugestivos de proceso isquémico agudo en territorio de la ACM, en región frontoparietal e insular izquierdas. También, ese mismo día, se le efectuó estudio vascular cerebral, Angio-RMN de TSA y Polígono de Willis con hallazgo de cierta tortuosidad en ramas del segmento M2 de ACM izquierda con visualización de menor flujo que en la contralateral, sin que se observara algo más.

El 18 de septiembre se solicitó control por Servicio de Rehabilitación, el 21 es valorado por este servicio que indica logopeda tras el alta hospitalaria. A partir del 19 de septiembre empieza a emitir alguna frase corta.

Posteriormente, se le realizaron pruebas cardiológicas, presentando mejoría lenta y progresiva de la alteración del lenguaje, pero persistiendo disfasia mixta de claro predominio motor, con disgrafía y dislexia asociada, que interfiere de forma significativa su comunicación verbal.

Por último, el día 28 de septiembre de 2017, dada su estabilidad clínica se decidió el alta hospitalaria para continuar control ambulatorio, continuado con sus tratamientos farmacológicos, de rehabilitación con logopeda y los controles del Servicio de Neurología del HUC.

5. El afectado alega en su escrito de reclamación que:

«Entiendo que en los servicios de urgencias del Hospital Universitario de Canarias realizó una actividad negligente, toda vez que (...) acudió con una clara sintomatología sugerente de

accidente isquémico y no se realizó ninguna prueba tendente a su diagnóstico ni para reducir sus efectos, teniendo unas secuelas por ese accidente más elevadas de las que hubiera tenido si los Servicios de Urgencias hubieran activado el protocolo específico de protocolo para el diagnóstico de causa de I.C.T.U.S. y su tratamiento en paciente joven.

Del relato fáctico anterior se deduce claramente que la responsabilidad de la administración demandada por la secuelas que padeció (...), al existir en este caso una clara relación de causalidad entre la secuelas padecidas y el funcionamiento anormal del Servicio Canario de Salud, concretamente por los servicios de urgencias del Hospital Universitario de Canarias, puesto que los profesionales no realizaron las pruebas pertinentes y necesarias ante la patología que padecía con claros síntomas visuales y los tratamientos necesarios para reducir sus secuelas.

Por tanto los hechos descritos merecen ser considerados como única causa eficiente y próxima (causalidad adecuada), de modo que puede decirse que la falta de pruebas necesarias ante la patología y sintomatología que padecía (...) ni las necesarias para la reducción de sus secuelas, fue determinante para el resultado padecido».

Por lo tanto, se deduce con claridad de su escrito inicial que el interesado centra su reclamación en la actuación médica que se efectuó en las primeras horas de su ingreso en el HUC, hasta que deja de ser tratado por el Servicio de Urgencias para serlo por el Servicio de Neurología.

6. Por último, el interesado reclama una indemnización de 80.000 euros por el daño moral padecido y la correspondiente a los daños físicos y secuelas, cuya cuantía no llega a especificar.

III

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 13 de junio de 2018.

2. El día 15 de junio de 2018, se dictó la Resolución núm. 1.747/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación del interesado.

3. En lo que se refiere a su tramitación, el procedimiento cuenta con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) y los informes de los Servicios de Neurología y Urgencias del HUC; periodo probatorio, sin que se practicara prueba alguna; y del trámite de vista y audiencia otorgado al reclamante, quien presentó escrito de alegaciones.

4. El día 21 de mayo 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].

5. Concurren los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LRJSP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor considera que no se ha demostrado la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios dependientes del SCS y los daños reclamados, puesto que la atención y tratamientos dispensados al paciente fueron en todo momento los adecuados a su estado y patología.

2. En este caso, tal y como se señalaba anteriormente, el objeto de la reclamación se concreta en la atención inicial dispensada al interesado en el Servicio de Urgencia del HUC, que no considera adecuada pues alega que, desde su ingreso y durante cuatro horas, estuvo en la sala de espera sin ser atendido.

Pues bien, en el informe emitido por dicho Servicio se manifiesta al respecto que:

«El paciente (...), acudió a Urgencias el 12/09/2017 a las 17:47 horas. Se realizó su triaje o clasificación por enfermería a las 17:47, donde consta "acude por episodio de afasia que cede espontáneamente y que dura aproximadamente 45 minutos; a su llegada asintomático". Las constantes clínicas del paciente estaban dentro de la normalidad (tensión arterial y frecuencia cardíaca, ambas importantes en caso de ictus). Si hubiese existido clínica neurológica establecida de menos de 4-6 horas de evolución, se hubiese activado el código ictus intrahospitalario, pero no era éste el caso.

En este paciente, al haber desaparecido la clínica neurológica, estamos ante un probable ictus transitorio, que según las guías no es de tratamiento inmediato, sino diferido. En cualquier caso, en relación con el riesgo/beneficio, tampoco era candidato a fibrinólisis. Por otro lado, una vez valorado por el neurólogo de guardia, tampoco parecía inicialmente tener una clínica y por tanto un diagnóstico de certeza (la familia incluso indica que se planteó en el diagnóstico diferencial que el paciente estuviese fingiendo). Nótese pues el devenir del proceso asistencial, complicado según se desprende de la secuencia temporal, independientemente del resultado final (sería fácil a partir del resultado final inducir un error en el diagnóstico inicial, cuando se objetiva que se fueron dando los pasos adecuados en cuanto al diagnóstico y tratamiento, en función de la clínica del paciente)».

A ello se debe añadir que en el informe del Servicio de Neurología del HUC se afirma que durante dicho periodo de cuatro horas, en el que se le llevó a cabo el seguimiento neurológico en Urgencias, el paciente mantuvo la sintomatología inicial (afasia y asimetría facial) con ligeras fluctuaciones en su intensidad (página 250 del expediente).

Y, además, en relación con todo ello se explica con carácter general en el informe del SIP acerca de los accidentes isquémicos transitorios (AIT) como el sufrido por el interesado lo siguiente que:

«El ACV se clasifica como ACV isquémico (80% de los casos), hemorrágico intracerebral (15%) y, hemorrágico subaracnoideo (5%). Los AIT han sido clásicamente definidos como episodios neurológicos breves de origen vascular, de menos de 24 horas. El AIT es similar al accidente cerebrovascular isquémico excepto en que los síntomas habitualmente duran < 1 hora. Los síntomas comienzan bruscamente, por lo general durante 2 a 30 min, y después se resuelven del todo, los pacientes pueden sufrir varios AIT diarios o sólo 2 o 3 en varios años, en general, los síntomas son similares cuando se originan en la carótida, pero varían algo en el caso del sistema vertebrobasilar.

En la actualidad, los AIT se clasifican también como episodios neurológicos transitorios sin signos de infarto agudo en las imágenes. Un ataque isquémico transitorio es una isquemia cerebral focal que producen déficits neurológicos transitorios súbitos y no se acompaña de un infarto cerebral permanente».

3. A mayor abundamiento, en dicho informe del SIP acerca del caso concreto que nos ocupa se señala que:

«Según lo observado ha tenido un proceso neurológico, una afasia, que dura unos 45 minutos, en su domicilio, como refieren los familiares, pero no ven más datos en el momento de la exploración, ello tanto después de las seis de la tarde cuando la enfermera realiza triaje, como también a partir de las diez de la noche en que es valorado por el médico de urgencias. Estaba estable, sin factores de riesgo, con constantes dentro de la normalidad, y en el momento en que fue explorado no se ofrecen datos de tener déficit neurológico aunque anotan en el historial clínico los que los familiares les comentan.

Tras ello dejan al paciente en observación, en la zona de observación es donde se comprueba nueva aparición de la sintomatología afásica (trastorno del lenguaje) solicitándose pruebas diagnósticas, TAC, EKG, Rx, analíticas, y solicitud de valoración neurólogo.

2.- Se valora por tanto hasta estos momentos la existencia de un AIT, Accidente Isquémico Transitorio, que no es un ICTUS establecido.

El AIT es una isquemia que hay que investigar, dura generalmente menos de 1 hora, luego se restablece el estado neurológico. Lo que puede ocurrir es que este proceso se repita

en varias ocasiones, tras desaparecer el primer episodio, con mayor o menor proximidad en el tiempo, horas, días o meses, y serían varios AIT o bien se mantenga en el tiempo continuadamente, llegando entonces a cumplir los requisitos de lo que llamamos ICTUS o Accidente Isquémico Cerebral establecido.

Cuando llega un proceso neurológico deficitario a un servicio médico y que en el momento que se observa es objetivado, si hay que activarse el Código Ictus con medidas protocolizadas y establecidas, y ya se observa la evolución mientras se estudia etc. Otra cuestión es un proceso deficitario ocurrido antes de acudir a los servicios médicos, de duración menor de una hora (tiempo máximo establecido), que desaparece y cuando llega al servicio no es objetivado, ello es un AIT y es lo que ocurrió, hasta que repite el cuadro posteriormente en el Servicio de Urgencias».

4. Por último, en el informe del Servicio de Urgencias del HUC se llega a las siguientes conclusiones, que se han de tener en cuenta a la hora de valorar adecuadamente los hechos descritos anteriormente:

«Respecto a otras manifestaciones de la reclamación, hay que puntualizar lo siguiente:

1. No es correcto lo aseverado en la página 2, párrafo 4 (no se realiza ninguna otra prueba para descartar si existe accidente isquémico o activar una fibrinólisis): Se realizó un TAC de cráneo y la valoración neurológica no parecía indicar la fibrinólisis.

2. Respecto al párrafo 5 de la misma página, no realizaron pruebas de prevención de secuelas de ictus, tampoco es correcto. En todo caso, existe medicación para su tratamiento y prevención de nuevos episodios, que se aplicaron (antiagregación y control estricta de la tensión arterial, así como monitorización electrocardiográfica continua).

3. Respecto a lo aseverado en la página 4, párrafo 2, no hubo en mi opinión actitud negligente, pues se cumplieron estrictamente los criterios de activación del código ictus, en este caso de no activación, por no cumplirse los criterios para fibrinólisis u otro tratamiento agudo (recordar que a su llegada se encontraba asintomático)».

5. Por tanto, cabe concluir de todo ello que ha resultado demostrado que el afectado inicialmente padeció un AIT, habiendo cedido la afasia inicial antes incluso de acudir a Urgencias, sin olvidar que dicho padecimiento es de acuerdo con lo que informa el especialista de tratamiento diferido y que su estado y constantes iniciales no variaron durante las cuatro horas que permaneció bajo observación en el Servicio de Urgencias del HUC.

Además, se ha probado también que cuando sufrió el segundo episodio de afasia, alrededor de las 22:00 horas del 12 de septiembre de 2017, fue de inmediato tratado por personal médico, en interconsulta con el Servicio de Neurología, realizándose

poco después un TAC craneal que no mostró indicios de que se estuviera produciendo en ese mismo momento un evento vascular cerebral y, finalmente, se le instauró el tratamiento médico que tal tipo de patología requiere.

Asimismo, el interesado no ha aportado medio probatorio alguno que permita considerar que sus alegaciones sean ciertas y que la actuación de los servicios sanitarios fuera deficiente, ni tampoco que en este caso se haya producido una desatención del paciente y que se le diera un diagnóstico erróneo o tardío.

6. En el reciente Dictamen de este Consejo Consultivo 129/2019, de 8 de abril, que tiene por objeto un supuesto similar al que aquí nos ocupa, un AIT, se ha manifestado que:

«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».

Doctrina que, por los motivos expuestos anteriormente, es aplicable a este caso, ya que el diagnóstico inicial de AIT fue correcto, sin perjuicio de que un momento posterior el mismo derivara, como ocurre en ocasiones en este tipo de casos, en un ictus, tal y como se afirma en los informes médicos incorporados al expediente remitido a este Consejo Consultivo.

7. Por último reiterar, una vez más, que en lo que se refiere a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario, el criterio de la *lex artis* es el delimitador de la normalidad de la asistencia sanitaria, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten

correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria, poniendo al servicio de los pacientes todos los medios sanitarios disponibles.

Se trata, pues, de una obligación de medios, no de resultados, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente, considerándose además que para que la pretensión resarcitoria pueda prosperar, el art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria (por todos, Dictamen 173/2019, de 16 de mayo).

8. Por lo tanto, no se ha demostrado la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios y los daños por los que se reclama.

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 manifestado en el Fundamento IV.