



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 355 / 2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de octubre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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. 327/2019 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 2 de junio de 2017 a instancia de la representación de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada reclama ser resarcida por los daños causados en dependencias del SCS, reclamación que de ser estimada supondría una cantidad superior a 6.000 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14

* Ponente: Sra. de León Marrero

de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004 y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamante alega, entre otros extremos, que fue ingresada el 4/06/13 en el Hospital Insular con diagnóstico de shock anafiláctico secundario a amoxicilina-clavulánico + celulitis abscesificada del 4º dedo del pie derecho. Con posterioridad a los hechos descritos quedó con dolor residual a nivel costal que se fue intensificando con el transcurso del tiempo por lo que en fecha 14/04/16 ante la intensidad dolorosa acude al Servicio de Urgencias del Hospital Insular siendo el diagnóstico, «Fractura costal antigua». En fecha 16.02.17 se emite informe por el departamento del CEX significado en el cual se recoge que presenta dolor crónico postraumático por fractura costal de 11ª costilla izquierda posterolateral que se presume se produce con las maniobras de resucitación cardiopulmonar tras sufrir el shock anafiláctico en fecha 4/06/2013.

2. Por su parte, el SIP, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El día 31-05-2013, en el curso de tratamiento y drenaje de una celulitis del cuarto dedo del pie derecho, la paciente de 52 años fue ingresada con carácter urgente en la UMI del CHUIMI por presentar shock anafiláctico, supuestamente por Amoxicilina-Clavulánico. Se instaura intubación orotraqueal, ventilación mecánica y perfusión con Adrenalina. Permaneció hasta el 02-06-2013 y, posteriormente, es trasladada durante 24 horas al Servicio de Medicina Interna, siendo Alta domiciliaria, en fecha: 04-06-2013. Se solicitó interconsulta de forma ambulatoria al Servicio de Alergología para conocer el origen de la reacción anafiláctica.

- Mucho tiempo después, el día 20-07-2016, la paciente acude a consultas externas del Servicio de Cirugía Torácica por presentar fractura de la 11ª costilla. Se instaura tratamiento médico y se realiza infiltración costal en la zona afectada, en fecha: 28-09-2016. Al persistir los síntomas, el día 31-10-2016 se le remite a la Unidad del Dolor.

- El día 16-11-2016, en la Unidad del Dolor, la paciente de 56 años presenta dolor mixto en hemitórax izquierdo que se irradia a mama izquierda. Se pauta tratamiento con Lyrica y se cursa Alta.

La paciente estaba pendiente de cirugía de Columna Lumbar, y tenía tratamiento consistente en: Clonazepan, Ibuprofeno, Ranitidina, Sertralina, Spasmoclyl, Tramadol, Tryptizol y Zopiclona.

- El 06-09-2017, pese al tratamiento específico administrado, añadido a los antiálgicos y antiinflamatorios ya pautados para la columna, la paciente presentaba el mismo estado clínico. No obstante, desestima una nueva infiltración que le indica el Servicio de Cirugía Torácica. En acuerdo con la paciente, se le cita en un año.

Consideraciones del SIP.

- La Anafilaxia es una grave reacción de hipersensibilidad (alérgica o no alérgica), generalizada o sistémica, que puede poner en riesgo la vida. La reacción de hipersensibilidad comprende síntomas y signos desencadenados por la repetida exposición a un determinado estímulo en una dosis tolerada por personas sanas. El Shock Anafiláctico es una severa reacción anafiláctica (anafilaxia), rápidamente

progresiva, en la cual se produce una disminución de la presión arterial con riesgo para la vida.

- Principales causas de la Anafilaxia:

1) Alérgicas:

a) medicamentos: con mayor frecuencia B-lactámicos (Penicilinas y derivados, cefalosporinas, carbapenems, carbacefem, monobactámicos), miorelajantes, citostáticos, barbitúricos, opioides, AINE y sus interacciones (pueden ser causa de reacciones alérgicas y no alérgicas; especialmente AAS e ibuprofeno).

Clarificamos que los antibióticos B-lactámicos (antiinfeccioso), los barbitúricos (antiansiedad y antidepresivos) y los AINEs (antidolor y antiinflamatorio) por si solos pueden causar, como decimos, anafilaxia. Por tanto en hipótesis, si estos medicamentos se están tomando al mismo tiempo -cada uno con su indicación- puede que exista sumación de sus efectos de hipersensibilidad y ser origen hipotético de Anafilaxia.

Al respecto señalar que, aunque, presuntamente, se atribuyó el Shock Anafiláctico al antibiótico B-Lactámico: Amoxicilina-Clavulánico, indicar que la paciente también tomaba medicación de AINEs y antiálgicos por múltiples padecimientos musculoesqueléticos -constatados en el Historial de Salud de Atención Primaria, etiquetados finalmente como: Osteocondropatías-, además de medicación antidepresiva.

b) alimentos: en adultos con mayor frecuencia: pescado, mariscos, cacahuets, frutas cítricas, proteínas de la leche de vaca, del huevo de gallina y de la carne de mamíferos.

c) veneno de himenópteros (hormigas, abejas, avispas).

d) proteínas administradas parenteralmente: sangre, componentes sanguíneos y preparados de derivados sanguíneos, hormonas (p. ej. insulina), enzimas (p. ej. estreptocinasa), sueros (p. ej. antitetánico), preparados de alérgenos usados en el diagnóstico in vivo y en inmunoterapia.

e) alérgenos inhalados, p. ej. pelo de caballo.

f) látex.

2) No alérgicas:

a) mediadores directamente liberados de los mastocitos: opioides, miorrelajantes, soluciones coloidales (p. ej. dextrano, almidón hidroxietílico, solución de albúmina humana) o hipertónicas (p. ej. manitol), esfuerzo físico.

b) complejos inmunes: sangre, componentes sanguíneos y preparados de derivados sanguíneos, inmunoglobulinas, sueros animales y vacunas, membranas usadas en diálisis.

c) cambio en el metabolismo del ácido araquidónico: hipersensibilidad al AAS (aspirina) y otros AINEs.

d) mediadores anafilácticos o sustancias similares en alimentos (histamina, tiramina), insuficiente actividad de las enzimas que descomponen los mediadores anafilácticos.

e) otros agentes y mecanismos desconocidos: medios de contraste radiológicos, alimentos contaminados y conservantes.

Debido a que en las reacciones no alérgicas no participan los mecanismos inmunológicos, el shock puede presentarse tras la primera exposición al agente. Las causas más frecuentes de Anafilaxia son fármacos, alimentos y venenos de insectos. Incluso en 30 % de los casos no se llega a establecer la causa a pesar de realizar un estudio detallado (Anafilaxia idiopática).

A veces la Anafilaxia es desencadenada solo por la coexistencia de 2 o más factores (p. ej. alérgeno responsable de la alergia y esfuerzo físico). Se constata en el historial de salud que la paciente practicaba ejercicio físico. La reacción IgE-dependiente es el mecanismo anafiláctico más frecuente. Las reacciones no inmunológicas se presentan con menor frecuencia.

- Los síntomas de Anafilaxia pueden ser leves, moderados o muy graves con shock y aparecen con mayor frecuencia en un lapso comprendido entre pocos segundos y algunos minutos después de la exposición al agente causal (en algunas ocasiones hasta varias horas).

Pueden aparecer en:

- Piel y tejido subcutáneo: urticaria o edema vasomotor, enrojecimiento cutáneo.
- Sistema respiratorio: edema de las vías respiratorias superiores, ronquera, estridor, tos, sibilancias, disnea, rinitis.
- Tracto digestivo: náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea.

- Reacción sistémica: hipotensión y otras manifestaciones del shock hasta en el 30 %; pueden aparecer simultáneamente al resto de manifestaciones de anafilaxia o, más frecuentemente, aparecer poco tiempo después.

- Síntomas menos frecuentes: mareos o cefalea, contracciones uterinas, sensación de peligro.

Cuanto más rápidamente se desarrollan los síntomas, mayor es el riesgo de reacción anafiláctica grave que puede poner en riesgo la vida. Los síntomas inicialmente leves (p. ej. limitados a la piel y tejido subcutáneo) pueden progresar rápidamente y poner en peligro la vida si no se inicia inmediatamente un tratamiento adecuado. También se pueden encontrar reacciones tardías o bifásicas, cuyas manifestaciones progresan o vuelven a intensificarse después de 8-12 h. Los síntomas anafilácticos pueden prolongarse hasta varios días a pesar del tratamiento adecuado, sobre todo si el agente causante es un alérgeno alimenticio.

- Los síntomas del Shock Anafiláctico (independientemente de la causa) son: piel fría, pálida y sudorosa, venas subcutáneas colapsadas, hipotensión, taquicardia, oliguria o anuria, defecación involuntaria y pérdida de la conciencia. Puede presentarse paro cardíaco. En el caso que analizamos, la paciente sufrió de hipotensión arterial y broncoespasmo y edema de la vía aérea superior.

- Con respecto a la fractura costal, la causa más frecuente de las fracturas de costilla son los impactos directos, como los causados por accidentes automovilísticos, las caídas, el maltrato infantil o los deportes de contacto. Las costillas también pueden fracturarse por traumatismos reiterados de deportes como el golf y el remo o debido a la tos intensa y prolongada.

Constatamos que la paciente padeció una bronquitis en fecha: 14-11-2012 y otra el 08-01-2015, faringitis y tos seca el 21-12-2015 y era fumadora de 20 c/día.

Además desde el año 2013 al 2016 acude en numerosas ocasiones a consulta en Atención Primaria por diversas causas, y no mencionó padecer sintomatología costal, salvo el día 25 de abril de 2016. Aporta Rx costal y se le pauta tratamiento.

El día 04-08-2016, el tratamiento para la fractura costal no le alivia el dolor y se diagnostica de Osteocondropatía.

- Asimismo la Osteocondritis esternocostal -también llamada síndrome de Tietze o condritis esternocostal-, es un tipo doloroso de osteocondritis/osteocondropatía caracterizada por la inflamación de uno o más de los cartílagos que unen las costillas

con el esternón, que se presenta, más comúnmente, en jóvenes y adultos y es infrecuente en niños.

Entre las causas se encuentran:

- Traumatismos o presión en la región de las costillas.
- Algún esfuerzo físico importante y sufrir caídas o choques accidentales al practicar deportes.

• Dormir en posiciones incómodas, por ejemplo sobre un costado o boca abajo, lo que puede ocasionar presión extra en la caja torácica, haciendo más difícil su expansión y afectando a los cartílagos.

- Tuberculosis
- Procesos reumáticos
- Síndromes tusígenos
- Estrés

- Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de fractura en una costilla:

• Osteoporosis. Tener esta enfermedad en la que los huesos pierden su densidad hace más propenso a tener alguna fractura ósea.

• Lesión cancerosa en una costilla. Una lesión cancerosa puede debilitar el hueso y hacer que sea más propenso a las fracturas.

• Práctica de deportes. Practicar deportes de contacto, tales como hockey o fútbol, aumenta el riesgo de sufrir un traumatismo en el pecho.

Constatamos en el historial de salud que la paciente practicaba ejercicio activo y además sufrió (18 de noviembre de 2009) una caída desde dos metros de altura, causándole policontusiones y afectación de la rodilla izquierda.

CONCLUSIONES

1.- En el escrito de reclamación, punto tercero, segundo párrafo se indica lo siguiente: Dolor crónico postraumático por fractura costal de la 11ª costilla izquierda posterolateral que se presume se produce con las maniobras de resucitación cardiopulmonar tras sufrir el shock anafiláctico.

2.- Consideramos que las maniobras arriba aludidas son, ciertamente, una presunción, toda vez que no existe constancia -en la historia clínica de la paciente-

de que recibiese tales maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP). Así lo indica el Jefe de Sección del Servicio UMI, de fecha: 29-11-2017 que en el segundo párrafo de su Informe comenta: En ningún momento, en la historia clínica, aparece reflejado que la paciente haya recibido «maniobras de resucitación cardiopulmonar, tras sufrir el shock anafiláctico».

3.- Clarificado este extremo, y como quiera que la paciente acude por dolor costal, en fecha: 14-04-2016, es decir, casi tres años después (35 meses y 16 días) del episodio que causó el ingreso hospitalario por Shock Anafiláctico, en fecha: 31-05-2013, no resulta posible que una fractura costal no fuese percibida ni comentada por la propia paciente, en todo el tiempo acontecido. En cualquier caso, el Servicio de Inspección no puede colegir cómo se fracturó la paciente la costilla, aunque obviamente, puede argumentar en hipótesis cómo pudo suceder - puntos 5, 6 y 7 de las consideraciones del presente Informe de Inspección-. Sin embargo, ello no guardaría relación de causa con una supuesta maniobra de resucitación cardiopulmonar (RCP) puesto que no existió tal.

Asimismo consideramos que si son observadas fracturas en las costillas: 10, 11 ó 12, debe sospecharse de un traumatismo ajeno a una resucitación cardiopulmonar (RCP).

- Por la observación de la Historial de Salud/Historia Clínica e Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de: Correcta.

Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*.

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, el interesado formula alegaciones, ratificando en todos sus extremos la reclamación presentada.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

III

1. Hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 139.1 LRJAP-PAC -norma aplicable al presente caso-, pero similar al art. 32.1 de la Ley 4072015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que cuando fue ingresada el 4/06/13 en el Hospital Insular con diagnóstico de shock anafiláctico secundario a amoxicilina-clavulanico + celulitis abscesificada del 4º dedo del pie derecho se le practicó una reanimación cardio respiratoria que le produjo un dolor residual a nivel costal que se fue intensificando con el transcurso del tiempo, de tal manera que en fecha 14/04/16, debido a la intensidad dolorosa acude al Servicio de Urgencias del Hospital Insular y se le diagnosticó «Fractura costal antigua».

En fecha 16.02.17 se emite informe por el departamento del CEX significado en el cual se recoge que presenta dolor crónico postraumático por fractura costal de 11ª costilla izquierda posterolateral que se presume se produce con las maniobras de resucitación cardiopulmonar tras sufrir el shock anafiláctico en fecha 4/06/2013.

Sin embargo, como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de

causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso, la interesada no solo no aporta ningún medio probatorio que sustente sus alegaciones, sino que de la documentación clínica y de los otros informes médicos obrantes en el expediente no solo no hay constancia alguna de que se le practicó la reanimación a la que alude, sino que se desprende que recibió asistencia médica adecuada.

Así, según indica el Jefe de Sección del Servicio UMI no existe constancia en la historia clínica de la paciente de que recibiese tales maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) tras sufrir el shock anafiláctico, más que una nota de CCEE que menciona que la paciente así lo refiere.

En cuanto a la asistencia por dolor costal el 14 de abril de 2016, es decir, casi tres años después (35 meses y 16 días) del episodio que causó el ingreso hospitalario por Shock Anafiláctico, el SIP informa que no resulta posible que una fractura costal no fuese percibida ni comentada por la propia paciente durante todo ese tiempo, constatando que, si bien no puede colegir cómo se fracturó la paciente la costilla, ello no guardaría relación de causa con una supuesta maniobra de resucitación cardiopulmonar (RCP) puesto que no existió tal.

Además, considera el SIP que observadas fracturas en las costillas: 10, 11 ó 12, debe sospecharse de un traumatismo ajeno a una resucitación cardiopulmonar (RCP).

En opinión del SIP, de la documentación obrante en el expediente se ha de inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada debe calificarse de correcta, habiéndose seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*.

3. En definitiva, de todo lo anterior debe afirmarse que no está acreditada la supuesta resucitación cardiopulmonar (RCP), por lo que no pudo ser la causa de la fractura costal por la que se reclama.

A lo anterior hay que añadir que, según los informes obrantes en el expediente, la asistencia recibida por la reclamante se adecua a la *lex artis*, de lo que se deduce la inexistencia de nexo causal entre el daño alegado y esa asistencia sanitaria; de lo que resulta que la falta de uno de los elementos necesarios frustra el nacimiento de

la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, lo que necesariamente lleva a este Consejo a concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima su pretensión resarcitoria, se adecua a Derecho.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por los interesados, se considera conforme a Derecho.