



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 8 / 2 0 0 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 7 de marzo de 2008.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por E.M.M.A., en nombre propio y en nombre y representación de la comunidad de herederos de A.R.A.V., por daños ocasionados como consecuencia del traslado de la paciente a otro Centro sanitario y a un diagnóstico erróneo por insuficiente (EXP. 51/2008 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial por daños que se imputan al Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 30 de enero de 2008, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 7 de febrero de 2008. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de E.M.M.A. y de la comunidad de herederos, por

* PONENTE: Sr. Fajardo Spínola.

medio de aquélla, al pretender el resarcimiento de un daño que se les irrogó por el fallecimiento de su causante, A.R.A.V. como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de 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.a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado 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, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación. Y ello porque, aunque se presentó escrito de reclamación patrimonial frente a la Administración el 17 de diciembre de 2002, y el fallecimiento de la causante de los reclamantes se produjo el 12 julio de 1999, sin embargo, se presenta dentro del plazo legal al efecto, pues, habiéndose realizado actuaciones judiciales, como consta en el expediente, el año de prescripción se contará a partir de la notificación del auto por el que se archivaron las actuaciones, la que ocurrió el 24 de enero de 2002.

III

El hecho objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según aquélla, por el fallecimiento de la causante de los reclamantes el 12 de julio de 1999, hecho cuyos antecedentes expuestos en la reclamación son los siguientes:

1) Como consecuencia de presentar la ahora fallecida unos dolores en el pecho, su familia la llevó, sobre las 14:00 horas del 6 de junio de 1999, al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Ofra, donde fue atendida por el médico de guardia

en aquel momento, quien le diagnosticó un cuadro depresivo y la remitió a su médico de cabecera para que fuera éste quien la atendiera.

2) Puesto que en la paciente persistían los dolores y seguía encontrándose mal, unas horas después de ser atendida en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Ofra, la familia decidió llevarla a Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), en el que ingresó a las 17:35 horas. Tras practicarle varias pruebas, se detecta que padece una grave cardiopatía y se decide remisión al Servicio de Urgencias del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria.

3) La paciente ingresa en la UVI de aquel Centro a las 21:24 horas del mismo día 6 de junio de 1999. Allí se le implanta un marcapasos y es tratada durante varios días hasta su fallecimiento, el 12 de julio de 1999 a las 05:25 horas.

Se alega por la parte reclamante que fueron causa del fallecimiento de su madre: La negligencia por parte del médico que atendió a la paciente en el Centro de Salud de Ofra, por haber diagnosticado cuadro depresivo; la negligente decisión adoptada en el HUC de desviar a la paciente con gravísimo estado de salud a otro Centro sanitario, sin reparar en la necesidad de urgente tratamiento; y la contracción de infecciones en el Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria, determinantes o, cuando menos, coadyuvantes del óbito.

Se presenta, junto con el escrito de reclamación, informe de urgencias realizado por el médico del Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Ofra e informes clínicos del HUC y del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria en los que constan el tratamiento y la evolución de la paciente.

Por otra parte, en el escrito de reclamación se propone como pruebas, además de los documentos que se aportan, el que se recabe de los distintos Centros en los que fue atendida la fallecida la documentación relativa al día 6 de junio de 1999, y, además, la historia clínica completa obrante en el Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria. Asimismo, se pide que se soliciten al Juzgado de Instrucción nº 2 de Santa Cruz de Tenerife las diligencias practicadas en el procedimiento 383/2000.

En cuanto a la valoración económica del daño, se cuantifica por la parte interesada en 100 millones de pesetas, esto es, 600.000 euros, cantidad que se reclama en concepto de indemnización.

IV

En la tramitación del procedimiento se han observado los trámites legalmente exigibles. No obstante, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC).

(...)¹

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes al entender que no concurren los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad objetiva de la Administración sanitaria, no existiendo, en consecuencia, la relación de causalidad directa e inmediata que los reclamantes pretenden entre la situación sanitaria y el daño causado.

2. Empezaremos a partir de las dos negligencias a las que se alude en último lugar por los reclamantes. Y es que, ciertamente, en relación con ambas, la Propuesta de Resolución entiende que la Administración sanitaria ha actuado conforme a la *lex artis*, por lo que no se deriva de la actividad médica en estas fases responsabilidad alguna.

En relación con la segunda negligencia atribuida por los reclamantes al HUC, consistente, a su parecer, en que se desvió a la paciente a otro Centro, "en su gravísimo estado de salud, sin reparar en la necesidad de urgente tratamiento", la Propuesta de Resolución indica:

"Respecto al traslado por no disponibilidad de cama en dicho Centro, cabe indicar que se realizó en ambulancia medicalizada estando la paciente clínica y hemodinámicamente estabilizada". Y continúa: "Toda vez que los medios de los que dispone la Administración sanitaria no son ilimitados (...), de conformidad con la jurisprudencia basta con que se pongan a disposición aquéllos con los que se cuenta (...)".

Además, añade la información resultante del informe de la Jefa de Urgencias del HUC, de 12 de agosto de 2003, en el que consta: *"Exploración clínica: paciente*

¹ Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

consciente, orientada en tiempo y espacio, colaboradora, palidez cutánea-mucosa, tolera el decúbito y eupnéica. Ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular conservado, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación y sin organomegalias. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 60 de frecuencia cardíaca con patrón de necrosis en cara inferior subaguda. Tensión arterial 140/80, frecuencia cardíaca: 60 latidos por minuto. Se solicita resto de pruebas complementarias según protocolo: radiografía de tórax y analítica general con encimas cardíacas. Con el diagnóstico de infarto de miocardio evolucionado, se instauro tratamiento y se solicita valoración al cardiólogo de guardia. La paciente, durante este periodo permaneció estable hemodinámicamente, según consta en la historia de urgencias”.

Y se añade: *“En igual sentido lo entendió la forense en su informe: la actuación posterior de ingreso y traslado a otro Centro hospitalario por falta de camas una vez fue evaluada y tratada inicialmente la paciente, la consideramos una actuación ajustada a la normalidad”.*

Así pues, esta parte de atención sanitaria ha sido correctamente efectuada, pues se remite a otro Centro a la paciente por imposibilidad material de ser atendida en el HUC por falta de camas, lo cual es adecuado a la *lex artis*, siéndolo también el que antes de ello se determinara que la paciente estaba estable hemodinámicamente, habiéndosele realizado las pruebas establecidas en el protocolo (informe de la Jefa de Urgencias), habiendo sido valorada por el cardiólogo de guardia (en cuyo informe se corrobora esta estabilidad) y habiéndosele instaurado ya tratamiento, que no se tardara en la remisión al otro Centro, y que, en todo caso, el traslado se hiciera en ambulancia medicalizada (cuyo informe consta en el expediente), por lo que no es correcto que los reclamantes aleguen que el traslado es incompatible con el tratamiento urgente de la paciente, sino todo lo contrario.

Finalmente, y en relación con la alegada negligencia imputable al Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria por resultar inconcebible que se contrajeran por la paciente infecciones allí, la Propuesta de Resolución, tras identificar, tomando como base las argumentaciones del informe forense, las infecciones nosocomiales como las que no están presentes en el paciente en el momento de su ingreso hospitalario, viene a afirmar que éstas pueden ser de tipo endógeno (flora bacteriana de la propia paciente), viéndose además favorecidas, en el presente caso, por sus enfermedades de base de tipo crónico, hipertensión arterial, diabetes, que son factores de riesgo que incrementan la aparición de las citadas infecciones.

A ello ha de añadirse que, tal y como indica el informe forense, las infecciones nosocomiales constituyen una complicación habitual de cualquier enfermo hospitalizado, máxime en zonas de alto riesgo de infección como las Unidades de Vigilancia Intensiva, a lo que se suma el estado previo de inmunosupresión que supone la *diabetes mellitus* además de otras patologías que presentaba la paciente.

Ahora bien, siendo todo ello cierto, es necesario que, por parte de los Servicios sanitarios se pusieran todos los medios a su alcance para evitar y, llegado el caso de no poderse evitar, subsanar la infecciones adquiridas por la paciente. Así, en este sentido, la Propuesta de Resolución añade que en este supuesto, tal y como se recoge en el informe del Servicio de UMI del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria, *“en la asistencia prestada en la UMI se utilizaron todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles y que requirió su situación clínica durante la larga y complicada evolución de su enfermedad. Todos estos medios, tanto diagnósticos como terapéuticos, fueron los que se consideraron mejores y más adecuados para la paciente por todo el equipo de médicos especialistas de MI del Servicio, actuándose en todo momento conforme a la Lex artis”*.

Las infecciones nosocomiales que concomitantemente concurrieron en A.R.A.V., a lo largo (35-36 días) de la evolución de su proceso clínico, están asociadas a los factores de riesgo más importantes y habituales que complican a nuestros pacientes (intubación orotraqueal, ventilación mecánica, sonda uretral, catéteres venosos y arteriales centrales, alimentación parenteral, sonda nasogástrica, etc.) y que se aceptan universalmente como mal menor, a pesar de su alta mortalidad, en el intento extremo de utilizar la agresividad terapéutica necesaria para el soporte vital. Es preciso añadir que todos los patógenos: Staphilococcus aureus, staphilococcus coagulasa negativo, candidas y pseudomona aeruginosa, etc., figuran entre los más destacados y frecuentes en el trabajo cotidiano de nuestra especialidad. Su sospecha, búsqueda, estudio, hallazgo y tratamiento según antibiograma, fue en mi opinión correcta. Estas infecciones están usualmente asociadas a los antecedentes, defensas del paciente y capacidad de respuesta inmunológica, patología de base, complicaciones y los medios utilizados que de todas formas son imprescindibles.

Debe tenerse en cuenta que A.R.A.V. era una paciente crónica, con enfermedades debilitantes que pueden provocar inmunodeficiencia, como la diabetes en tratamiento con Eugucon. También padecía hipertensión arterial en tratamiento con Tenormin, dislipenia y estaba en tratamiento (desconocido)

psiquiátrico múltiple por síndrome depresivo, Sd. depresivo que influyó en su escasa colaboración para las técnicas de desconexión de la ventilación mecánica y que, al prolongarse, aumenta asimismo la morbi-mortalidad del proceso de base. Que ingresó en nuestra Unidad tras 48 horas de evolución de infarto agudo de miocardio posteroinferior, complicado con insuficiencia cardiaca, arritmias y bloqueo, y posiblemente (a juzgar por la analítica más próxima a su ingreso), descompensada de su diabetes metabólica e hidroelectrolíticamente (glucemia 399 mg/dl, Na 132, osmolaridad baja, etc). Incluso es posible, teniendo en cuenta la fórmula leucocitaria, que la paciente ingresase con una infección comunitaria de origen desconocido.

El tratamiento general de la paciente, tanto de soporte vital como antiinfeccioso, por sistemas y aparatos, sintomático, nutrición, etc., ha sido revisado y actualizado constantemente (como mínimo una vez al día), como convenía a la paciente, según sus indicaciones y como es norma en la UCI y desde su ingreso”.

En este mismo sentido, se manifiesta el contenido del informe de Medicina Preventiva del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria.

De todo lo expuesto cabe concluir que, en relación con las infecciones nosocomiales adquiridas por la paciente, por una parte, no queda descartado que no se padecieran antes de llegar a la UCI, ni que no fueran de tipo endógeno, pero, en todo caso, ha quedado constatado, a partir de los informes médicos, que se trata de infecciones que son propias de los Servicios de medicina intensiva, donde para mantener a la paciente con soporte vital es necesario aplicar los medios que potencian estas infecciones [sondas, intubaciones (...)] a las que, en este supuesto, era más propensa, tanto a adquirirlas como a no superarlas, la paciente dadas sus propias patologías de base; todo ello, a pesar de haberse puesto a su disposición todos los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios tanto para evitarlas, como para tratarlas.

Por tanto, los servicios asistenciales han actuado en este ámbito conforme a la *lex artis ad hoc*. Y ello porque no se dan los presupuestos que, en otros casos, han llevado a la Jurisprudencia y a nuestro propio Consejo Consultivo a derivar responsabilidad sanitaria por la contracción de infecciones nosocomiales.

Así, la Sentencia de 5 de enero de 2007, del Supremo, viene a señalar que el daño producido en aquel caso, esto es, la pérdida de visión de un ojo por el reclamante, resulta imputable al Servicio hospitalario por cuanto éste era el que

estaba obligado a instrumentar las medidas profilácticas adecuadas para evitar la contaminación y, en último término, las medidas diagnósticas posteriores encaminadas a la detección de la infección y a su tratamiento, de manera que, "la adopción de estas medidas hubiera evitado objetivamente el daño".

Sin embargo, en el presente caso, se extrae de los informes médicos que se adoptaron todas estas medidas, mas, aun así, las propias patologías de la paciente impidieron evitar el daño, que, en cualquier caso, no se debió únicamente a las infecciones nosocomiales, sino, especialmente, al infarto del que era tratada originalmente.

Por otra parte, en este Consejo Consultivo también se ha tenido ocasión de tratar esta materia, llegando a la conclusión, en los Dictámenes 185/2005 (que, aunque determinó la retroacción del procedimiento, lo hizo en relación con la consideración de que se había dado prematuramente el alta a la paciente intervenida quirúrgicamente, paciente que, por otra parte, también en aquel caso padecía diabetes) y 169/2004 de que las infecciones nosocomiales no daban lugar por sí mismas a responsabilidad mas que en las condiciones vistas anteriormente, esto es, cuando no se hubiera actuado conforme a la *lex artis* para evitarlas y en su caso tratarlas. Así pues, en el primer caso el riesgo de infección estaba previsto en el consentimiento informado firmado por la paciente, si bien el alta fue prematura, y, en el segundo caso, se estimó la reclamación de la parte interesada por no haberse consentido el riesgo de infección de la intervención quirúrgica en cuyo curso se produjo. Sin embargo, en el caso que nos ocupa, no se produce un problema de consentimiento, pues hallándose la paciente en la UVI en situación de urgencia vital, las medidas que se adoptaron para su curación al tratársele una cardiopatía grave están exentas de requerir consentimiento informado.

3. Ahora bien, respecto de la primera actuación de la que la parte interesada refiere negligencia, esto es, la realizada por el médico que atiende a la paciente en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Ofra, la Propuesta de Resolución señala: *"En la exploración inicial practicada a la paciente en el Centro de Salud de Ofra, no puede afirmarse que exista un error diagnóstico, dada la sintomatología poco precisa que presentaba la paciente de vómitos y diarreas y dados los antecedentes: estaba en tratamiento (desconocido) psiquiátrico múltiple por síndrome depresivo, ya que dichos antecedentes de cuadro depresivo pueden encontrarse entre la lista de enfermedades a destacar como diagnósticos"*

diferenciales de la enfermedad cardiaca. El facultativo, tras exploración, remite a su médico de zona para valoración y seguimiento”.

Concluye, pues, la Propuesta de Resolución que la exploración inicial practicada a la paciente en el Centro de Salud de Ofra es ajustada a la *lex artis* “en atención a las circunstancias y sintomatología poco precisa que presentaba la paciente”.

Sin embargo, todo lo contrario dice el informe forense que obra en las Diligencias Previas, en cuyas conclusiones médico-legales se indica: “En la exploración inicial practicada a la paciente en el Centro de Salud de Ofra, si bien existe error diagnóstico, un cuadro depresivo puede encontrarse entre la lista de enfermedades a descartar como diagnósticos diferenciales de la enfermedad aguda cardiaca”. Así pues, se confirma que hubo en este momento un error de diagnóstico, si bien lo justifica por ser la depresión uno de los diagnósticos diferenciales de la enfermedad que padecía la madre de los reclamantes. Ahora bien, para llegar a un diagnóstico hay que identificar los síntomas que refiere el paciente y hacer las pruebas pertinentes, cosas, ambas, que no consta que se hayan hecho en Atención Primaria. La “sintomatología poco precisa” a la que se refiere la Propuesta de Resolución no consta en la fase de Atención Primaria, esos síntomas no se infieren como los presentados por la paciente en la historia de Atención Primaria, pues sólo se encuentra en la anamnesis “síntomas depresivos”, haciéndose constar luego como diagnóstico, el mismo: “síndrome depresivo”, mas no se dice nada más en la anamnesis, lo cual no es conforme a la *lex artis*, pues la historia ha de incluir ahí los síntomas que presenta la paciente, que son los que han de llevar al diagnóstico, siendo cosas distintas. Aquí, ni se dice qué síntomas alegaba tener la paciente, ni las pruebas que se le realizaron, ni los antecedentes de la paciente de interés, tales como la diabetes e hipertensión, incluso la propia depresión, cosas todas que han de influir en la determinación del correcto diagnóstico.

Ahora bien, dada la brevedad del periodo de tiempo transcurrido entre la visita al Centro de Salud, donde a partir de un error de diagnóstico la paciente no recibió el tratamiento adecuado, y las subsiguientes intervenciones del Servicio sanitario que sí se ajustaron a la *lex artis*, no parece que quede fundada la conclusión de que existió relación de causalidad entre la incorrecta práctica médica del Servicio de Atención Primaria y el daño fatal sobrevenido. Después de una inicial prestación defectuosa e incorrecta, el Servicio en su conjunto funcionó bien, aunque lamentablemente no fue capaz de evitar que la enfermedad de A.R.A.V. la llevara a

la muerte. En definitiva, dada su incardinación en una secuencia de actos médicos que respondieron a la *lex artis*, la incorrecta intervención del Centro de Salud no parece capaz, a la vista de los informes que obran en el expediente, de haber producido un aumento del riesgo en el estado de la enferma, ya que el siguiente acto médico se produjo a las pocas horas y respondió a las reglas y protocolos indicados para estas situaciones de crisis sanitaria.

Por todo ello, no resulta imputable a la Administración sanitaria el hecho del fallecimiento de la madre de los reclamantes, por lo que cabe considerar que la Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación, se ajusta a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.