



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 370/2008

(Sección 1ª)

La Laguna, a 7 de octubre de 2008.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por D.C.B. y de M.F.L.H., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario. Tratamiento farmacológico inadecuado que provocó desmayo y fallecimiento del paciente (EXP. 346/2008 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. Mediante escrito de fecha 31 de julio de 2008, entrada el 1 de septiembre, la Excm. Sra. Consejera de Sanidad interesa de este Consejo preceptivo Dictamen.

La solicitud se realiza al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1. D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo, respecto de la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia D.C.B., quien actúa en nombre propio y en nombre y representación de M.F.L.H., mediando poder bastante otorgado al efecto, por daños producidos con ocasión de la asistencia sanitaria prestada a J.L.H.C., pareja de hecho e hijo, respectivamente, de los reclamantes por el Servicio Canario de la Salud.

2. Los daños que motivan la presentación de la señalada reclamación se concretan en el fallecimiento de la pareja e hijo de las reclamantes, a consecuencia

---

\* **PONENTE:** Sr. Díaz Martínez.

de una secuencia fatal de hechos que comenzaron con la administración en un Centro de Salud de un tratamiento farmacológico tras el que perdió el conocimiento, cayendo sobre una puerta de cristal, que se quebró seccionándole el cuello, así como en la tardanza de la llegada de una ambulancia medicalizada y en la ausencia de tareas de reanimación en el Centro de Salud y en la ambulancia, pues comenzaron cuando fue trasladado al hospital.

Los daños morales por los que se reclama se evalúan en el escrito inicial de reclamación en 300.506, 05 €.

## II

1. La Propuesta culmina un procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan esta clase de procedimientos. No obstante, el mismo suscita algunas consideraciones, que se verán.

2. La reclamación ha sido interpuesta por la pareja de hecho del difunto, D.C.B., “en su propio nombre y Derecho”, lo que se acredita en las actuaciones.

Asimismo, se presenta en nombre y representación de la madre del mismo, M.F.L.H., (art. 32.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC), obrando en las actuaciones escritura de poder bastante, que acredita la representación otorgada.

Por ello se hallan legitimadas para iniciar el procedimiento [art. 31.1.a) LRJAP-PAC].

(...) <sup>1</sup>

Debe significarse que la vinculación familiar entre D.C.B. y el difunto fue la de pareja de hecho inscrita en el Registro de Uniones Civiles del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, creado por la Comisión de Gobierno el 28 de junio de 1994, “sin efectos jurídicos, sino para la mera constancia de hecho”. Sin embargo, el art. 12 de la Ley 5/2003, de 6 de marzo, por la que se regula la situación de las Parejas de Hecho en la Comunidad Autónoma de Canarias, extiende a tales parejas “los derechos y obligaciones establecidos para los cónyuges en la normativa de Derecho Público de la Comunidad Autónoma de Canarias, especialmente en materia presupuestaria y de subvenciones”.

---

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

No cabe duda que también cuando de reclamaciones administrativas sometidas al Derecho Público se trate, más aún cuando en este caso la convivencia familiar de hecho era notoria y real, obrando en las actuaciones, asimismo, copia del documento de reserva, a nombre de ambos, de una vivienda que iba a ser su domicilio familiar.

No cabe duda, pues, que están legitimadas tanto la madre como la pareja de hecho del fallecido, pues en ambos casos, presuntamente, se ha producido un daño moral.

3. La reclamación ha sido presentada dentro del preceptivo plazo de un año, que para la interposición de esta clase de reclamaciones dispone el art. 4.2.2º párrafo RPAPRP. En este punto, ha de consignarse que cuando de daños físicos y síquicos se trata, como es el caso, el inicio del cómputo coincide con el momento de la curación o la determinación del alcance de las secuelas (art. 4.2.2º párrafo RPAPRP). En este caso, el hecho determinante del daño, el fallecimiento, aconteció el 24 de septiembre de 2004, por lo que la reclamación, que se presentó el 27 de mayo de 2005, fue interpuesta en plazo.

4. También se acredita en las actuaciones, el cumplimiento de los trámites probatorio (art. 9 RPAPRP) y de audiencia a las interesadas (art. 11 RPAPRP). Asimismo, se ha dado cumplimiento al preceptivo informe del Servicio Jurídico [art. 20.j) del Reglamento del Servicio, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero].

### III

1. En cuanto a los hechos determinantes del presunto daño, que fundamenta la pretensión indemnizatoria por la que se reclama, del escrito de reclamación se desprende que el 23 de septiembre de 2004 J.L.H.C. sufrió un accidente de tráfico sobre las 12:00 horas, acudiendo sobre las 21:22 horas al Centro de Salud San José diagnosticándosele "cervicalgia dorsalgia postraumática", siendo tratado con Diclofenaco, Doral y Diacepam.

2. Sobre las 22:25 horas, el paciente sufrió un "síncope" en el propio Centro de Salud cayendo sobre el penúltimo cristal de la puerta que separa la sala de espera de recepción con el resultado de "rotura laríngea supraglótica, rotura venosa y de rama de la carótida externa izquierda".

Para detener la hemorragia, se le realizó en el mismo Centro de Salud "compresión manual" y se le administró suero fisiológico glucosado, pero "sin que se

le hubiere entubado ni efectuado masajes cardiorrespiratorios durante el tiempo que permaneció en el Centro” .

3. Dada la gravedad, se acordó su traslado al Servicio de Urgencia del Hospital Insular, solicitándose una ambulancia medicalizada a las 22:34 horas, cuya tardanza hizo que se repitiera la llamada, acudiendo una ambulancia básica, sobre las 22:40, practicándose “medidas de reanimación cardio-pulmonar básica” .

La ambulancia llegó al Hospital sobre las 22:45 horas con el paciente en parada cardiorrespiratoria, procediéndose a la “entubación traqueal a través de la misma herida cervical y a la reanimación cardio-pulmonar y administración de adrenalina, recuperando el pulso” .

4. Intervenido de urgencia por el Servicio de Otorrino y Cirugía Vasculat, tras la intervención ingresó en la U.M.I., presentando una “midriasis bilateral, inicialmente reactiva y, desde las 05:00 horas, arreactiva, sufriendo una evolución desfavorable con signos de deterioro neurológico irreversible”, produciéndose el fallecimiento a las 12:00 horas del día 24 de septiembre de 2004.

5. El informe de autopsia apreció herida suturada quirúrgicamente en región laríngea, *herida no suturada* en tráquea y sutura quirúrgica del cartílago tiroides y del cuerpo del hueso hioides, afectando a la vena izquierda y la yugular anterior, concluyendo como causa fundamental de la muerte un traumatismo abierto a nivel de región laríngea y como causa inmediata la anoxemia cerebral (falta de oxígeno).

## IV

1. Las reclamantes imputan el daño final a la “administración de fármacos que produjeron el “desvanecimiento del paciente”, a la existencia en el Centro de Salud de una “mampara de cristal”, a la “falta de entubamiento y masajes cardiorrespiratorios” mientras se permaneció en el Centro de Salud, y al traslado del paciente del Centro al Hospital en una “ambulancia no medicalizada” .

Estas cuatro alegaciones, que conciernen a distintos Servicios, médicos y no médicos (tratamiento prestado en el Centro de Salud; asistencia inicial prestada en el Centro; Servicio de Ambulancias; y Servicio de dotaciones e infraestructuras), deben tener adecuada respuesta y ser analizadas en el contexto del funcionamiento de cada uno de los respectivos Servicios.

2. Sobre la administración de fármacos, que la reclamante señala se administró como “combinado”, consta en las actuaciones que el paciente no era alérgico a

ninguno de ellos. Nada evidenció el informe forense, ni el estudio histológico, por lo que debe confirmarse la inocuidad del tratamiento y, en su caso, si hubiera sido aconsejable un período de observación del paciente.

Abunda en ello, además, la diversa información que obra en las actuaciones y que se refiere al momento exacto en que se produjo ese síncope. En el escrito de reclamación se dice que el paciente llegó al Centro de Salud a las 21:22 horas, mientras que el síncope tuvo lugar a las 22:25 horas. En el informe del Servicio de Urgencias se cita las 22:40 horas y como motivo "paciente que tras administrarle tratamiento IM (...) sufrió desmayo en la puerta del Centro de Salud, pasado más de 10 minutos (...)". La Inspección Médica dice que el desmayo ocurrió cuando había pasado "más de una hora", pero no es correcto, pues desde que llegó al Centro y se le puso la inyección pasó una hora, produciéndose la caída "unos tres minutos después". Así pues, la caída se produjo entre 3 y 10 minutos después de esa administración de fármacos. De donde, se podría deducir, razonablemente, que existe una relación de causa a efecto, lo que debe ser aclarado.

Sobre este punto debe contenerse razonamiento expreso en la Propuesta, que fundamente que el tratamiento era el correcto, era inocuo y que la causa del desmayo tuvo que ser otra.

3. En cuanto a la *existencia de una mampara de cristal en el interior del Centro*, de las actuaciones se desprende que las obras del edificio finalizaron en el año 1991, momento en que cumplía "las especificaciones técnicas, prescripciones reglamentarias y de seguridad que le eran de aplicación"; que los cristales instalados no eran de seguridad por lo que eran susceptibles de romperse "si el impacto sobre él es demasiado fuerte"; y que hasta la entrada en vigor del Código Técnico de la Edificación, aprobado por R.D. 314/2006, "no existía normativa que regulase las características en materia de seguridad de los vidrios a instalar en las puertas de paso". Según tal Código (disposición transitoria tercera), existe un régimen de aplicación del mismo tras su entrada en vigor, pero esta entrada en vigor es posterior al momento de los hechos, por lo que sus exigencias no son de aplicación al caso.

De hecho, la Sección 2 del documento básico "SU" (Seguridad de Utilización) de tal Código está dedicada a la "Seguridad frente al riesgo de impacto o de atropamiento". En el subapartado 1.1.3. se habla de *impacto con elementos frágiles*, haciéndose referencia en el punto 1 a "las superficies acristaladas situadas en las áreas con riesgo de impacto", que deberán cumplir determinadas condiciones de seguridad.

Las citadas medidas de seguridad no eran exigibles en el momento del accidente, por lo que en este punto se estima correcta la Propuesta de Resolución cuando entiende que de este hecho no se puede inferir responsabilidad alguna para la Administración.

4. En cuanto a la "falta de entubamiento o de masajes cardio-respiratorios mientras el paciente permaneció en el Centro de Salud", el doctor, que luego acompañó al paciente en la ambulancia, manifestó que cuando llegó al Centro de Salud estaba en situación de parada por lo que a la par que se le taponaba el cuello se le hacía reanimación cardio-pulmonar, sin reacción y que al estar taponada la herida no podía observar apertura en el tubo respiratorio. El paciente reaccionó cuando en el Hospital se le entubó y se le administró adrenalina. En contra de lo que dicen las reclamantes, en el Centro de Salud sí se le realizó masaje cardio-pulmonar, pero no entubamiento, según consta en el expediente.

No se explican con claridad las razones de no entubar al paciente, si fue debido a falta de personal adecuado, o bien a una imposibilidad técnica, a una prioridad a la hora de cortar la hemorragia antes que asegurar la ventilación o a cualquier otra razón. En este sentido, debe aclararse por qué no se le entubó entonces, siendo así que tenía sección de tráquea y se estaba comprimiendo el cuello para evitar la hemorragia.

5. En lo que concierne al funcionamiento del Servicio de Ambulancias, consta informe del Servicio de Urgencias Canario del que se desprende que la primera llamada al 112 se realizó a las 22:34:28 horas del día 23 de septiembre, siendo derivada al Servicio de Urgencias Canario a las 22:36:10 horas. La segunda llamada, de ambulancia no medicalizada, dado que la medicalizada se encontraba realizando otro servicio, se realizó a las 22:41:48 horas (es decir, algo más de 7 minutos desde que se hiciera la primera llamada), siendo transferida al Servicio de Urgencias Canario a las 22:42:20 horas. Se activó el servicio a las 22:42:56, se trasladó el paciente a las 22:47:40 y se llegó al hospital a las 22:48:42 horas. Es decir, poco más de 6 minutos desde la segunda llamada y 14:14 minutos desde la primera efectuada.

En relación con esta cuestión del tiempo de tardanza de la ambulancia, comparece al procedimiento el Dr. J.F.L.G., que prestó servicios de asistencia en la ambulancia, comparecencia en la que detalla la secuencia temporal del traslado, pero sin pronunciarse -que no es de su competencia- sobre el sistema y tardanza del traslado en ambulancia; tampoco el Servicio adecuado, que es el Servicio de

Urgencias Canario, aporta verificación de que ese tiempo entra dentro de la ratio ordinaria de prestación del servicio.

No obstante, se significa que el traslado en ambulancia no medicalizada *fue realizado por el personal de la ambulancia medicalizada* (médico y enfermera), además de por el personal de la básica (técnico, médico y enfermera), por lo que, desde el punto de vista de medios humanos, estaba dotada como si fuera medicalizada.

Ahora bien, la cuestión no es tanto la tardanza -que fue muy poco tiempo desde que se realizara la segunda llamada- sino la tardanza en adoptar la solución a la que se llegó (convertir una ambulancia básica en medicalizada) y a la asistencia que le fuera prestada en la ambulancia.

En efecto, ante una situación grave como la descrita, parece razonable que si no está disponible la ambulancia medicalizada, la solución inmediata debe ser la de remitir una ambulancia básica, medicalizada en lo posible.

Según el informe del propio Servicio de Urgencias Canario, en este proceso se tardó poco más de 6 minutos hasta llegar al Hospital. Sin embargo, con la primera llamada, fallida, se perdieron más de siete minutos. Es decir, que la tardanza en adoptar la solución hizo perder en el proceso 7 minutos vitales, sin que en el expediente haya justificación de porqué hubo que reclamar 2 veces la presencia de la ambulancia.

En la ambulancia se realizó "taponamiento", administración de suero y maniobras de reanimación "ante la pérdida de pulso", estimando que se trataba de "hipovolemia" (pérdida de sangre). De hecho, el paciente llegó al Hospital en parada "con un técnico haciendo compresión en cuello [(...) y] con maniobras de reanimación", y "respiración asistida con ambú" (balón autoinflable provisto con mascarilla).

Dicho esto, surgen algunas preguntas y dudas que deben contestarse y aclararse en los informes correspondientes. Así, respecto a la utilidad del ambú, si el paciente tenía sección traqueal supraglótica y si la compresión del cuello que se le realizaba para taponar la hemorragia no impedía el flujo de aire, hasta qué punto eran compatibles la técnica antihemorrágica (taponamiento manual de la herida en el cuello) y la técnica respiratoria (ambú) siendo así que había sección traqueal; por qué no se le administró al paciente adrenalina en la ambulancia; y, básicamente, si

en la ambulancia, que finalmente acudió, se aplicaron las mismas técnicas de reanimación que se hubieran hecho en una ambulancia medicalizada. Además, como se señaló anteriormente, valoración acerca de si los tiempos entran dentro de las ratios ordinarias de prestación del servicio.

6. En consecuencia, la emisión de un Dictamen de fondo en el asunto de referencia debe contar con la información complementaria que responde a las cuestiones planteadas en los apartados 2, 4 y 5 de este Fundamento IV.

## C O N C L U S I Ó N

No se dictamina sobre el fondo del asunto. Una vez se cuente con los informes a que se refiere el apartado 6 del Fundamento IV, se dará audiencia a las reclamantes y la nueva Propuesta de Resolución que proceda se remitirá a este Consejo para su Dictamen.