



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 6 6 / 2 0 0 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 5 de febrero de 2009.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Acuerdo por la que se propone la terminación convencional del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por P.M.P., en su propio nombre y en el de sus hijos menores J. e I.J.M.R., por el fallecimiento de A.M.R.T., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario. Diagnóstico insuficiente y dilación en la aplicación de diagnóstico y tratamiento inadecuado (EXP. 571/2008 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. Mediante escrito de 10 de diciembre de 2008 y entrada en este Consejo el 29 del mismo mes, la Consejera de Sanidad solicita de este Consejo Dictamen preceptivo por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, 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, aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), respecto a la Propuesta de Acuerdo por la que se propone la terminación convencional del procedimiento incoado tras la interposición de reclamación de indemnización presentada por P.M.P., D.M.R. e I.M.R., esposo e hijos de A.M.R.T., quien falleció a consecuencia de la asistencia prestada, defectuosamente, por el Servicio Canario de la Salud, hecho por el que en el escrito de reclamación se solicita una indemnización de 60.0000 €.

2. La mencionada Propuesta de Acuerdo pone fin a un procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan y regulan tales procedimientos.

---

\* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

La reclamación ha sido interpuesta por personas legitimadas para ello, en calidad de esposo, viudo e hijos de la fallecida, estado civil y filiación que resultan acreditados en las actuaciones [art. 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC)].

La reclamación se ha presentado dentro del plazo preceptivo de un año que dispone el art. 4.2.2º párrafo del RPAPRP. Tras el fallecimiento de su esposa, a instancia de su viudo, se iniciaron ante el Juzgado de Instrucción nº 4 de los de Las Palmas de Gran Canaria Diligencias Previas de nº 1623/2004, que culminaron en sobreseimiento provisional y archivo, por Auto de 9 de septiembre de 2005. Como quiera que la reclamación interpuesta tuvo entrada en el Registro de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 6 de julio de 2006, la reclamación ha sido formulada en plazo.

La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPAPRP, aunque, en los términos que se verá, no se realizaron todos los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP).

Constan, en particular, en las actuaciones los preceptivos informes de los distintos Servicios que intervinieron en el proceso diagnóstico de la entonces paciente (Servicios de Urgencias y de Cardiología del Hospital Materno Infantil de Las Palmas) y a cuya actuación se imputa, presuntamente, la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP). En rigor, no figuran tales informes, sino los emitidos por los Jefes de tales Servicios en el contexto de las Diligencias Previas incoadas en su día y que tuvieron por objeto el funcionamiento correcto o no del aparataje electromédico al que estaba monitorizada la paciente. A ello se volverá más adelante.

También consta la verificación de los trámites probatorios, básicamente de carácter documental, anunciado de forma genérica en el escrito de reclamación inicial y concretado en el momento procedimental oportuno (art. 9 RPAPRP), así como el de audiencia (art. 11 RPAPRP), con ocasión del cual se ofreció a los reclamantes la oportunidad de proceder a la terminación convencional del procedimiento, aceptando la Administración como valoración del daño la cantidad reclamada, a la que la parte dio expresa conformidad.

El procedimiento concluye con la preceptiva Propuesta de Acuerdo de terminación convencional formulada en el contexto del procedimiento abreviado,

con suspensión del general, de conformidad con lo dispuesto en el art. 14 RPAPRP. Tal Propuesta fue informada por los Servicios Jurídicos, al amparo del art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero, estimando adecuados los términos de su Resuelvo, aunque con la observación de que en el *quantum* debieran incluirse los intereses legales que correspondan, corrección al alza del montante que fue asumida por la Propuesta finalmente redactada aunque el concepto que aplica no fue el del interés legal, sino el de "evolución del IPC".

3. El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución al Ordenamiento Jurídico exige efectuar un relato de los hechos.

A. Del escrito de reclamación resulta que la fallecida, en su día paciente, A.M.R.T., acudió al Servicio de Urgencias el 4 de septiembre de 2004 por padecer "dolor centro torácico" desde el día anterior. Tras ser monitorizada, se aprecia "sobrecarga izquierda y marcadores cardíacos con resultado negativo", dándosele de alta a las "ocho horas".

Dada la persistencia de dolores y síntomas, el mismo día "acude de nuevo al Ambulatorio donde la remiten al Complejo Hospitalario Materno Infantil Insular, donde ingresa por Urgencias".

El 6 de septiembre, regresa al sufrir "palpitaciones y dificultad para respirar", diagnosticándosele de "TSV paroxística" y apreciándose en la RX de tórax que se le realiza "cardiomegalia, ensanchamiento mediastino superior", ingresando en el Servicio de Cardiología.

El 7 de septiembre de 2004, sufre "parada cardiorrespiratoria, con resultado de muerte", siendo la causa "shock cardiogénico por taponamiento cardíaco".

Los reclamantes imputan la causa de la muerte al hecho de que no se hicieran "las pruebas necesarias" tras el ingreso inicial permaneciendo desde el 4 al 6 de septiembre "a la espera de finalizar estudios". Como precisan en su escrito de 11 de septiembre de 2006, reclaman por la "omisión de valoración médica suficiente de los síntomas de la paciente (...) y error en la decisión de espera para finalizar estudios".

B. El Servicio de Cardiología, en informe de su Jefe de 30 de diciembre de 2004, emitido con ocasión de las Diligencias Previas instruidas, precisó que cuando la paciente ingresó en el Servicio el 6 de septiembre de 2004 presentaba "un cuadro de insuficiencia cardiaca ya estabilizado, secundario a un proceso valvular cardíaco",

permaneciendo desde su ingreso "monitorizada con una telemetría electrocardiográfica que funcionaba perfectamente, sin ninguna complicación". No obstante, el día 7, de madrugada, sufrió una "parada cardiorrespiratoria" falleciendo aunque se le realizó la pertinente "reanimación cardiopulmolar avanzada", sin que durante este proceso existieran "deficiencias de ningún tipo motivadas por el aparataje empleado".

En el informe de *exitus* del Servicio de Cardiología se precisa que el día de su ingreso en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud, el 6 de septiembre, la paciente presentaba "molestias torácicas y palpitaciones (...) fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida", siendo trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital, aplicándose en el trayecto "cardioversión eléctrica". En la exploración clínica no se aprecian "signos de insuficiencia cardiaca", aunque sí "soplo sistodiastólico de insuficiencia aórtica". El estudio electrocardiográfico básico y doppler que se le realiza evidencia "fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, patrón de bloqueo de rama izquierda con hipertrofia izquierda y patrón de sobrecarga sistólica (...) derrame pericárdico de pequeña cuantía (...) válvula aórtica con insuficiencia aórtica significativa", falleciendo finalmente a causa de "insuficiencia aórtica (por) sospecha de disección aórtica".

C. El Servicio de Urgencias, mediante informe de su Jefe de 3 de enero de 2005, emitido asimismo en el contexto de las Diligencias Previas incoadas, hace referencia al proceso clínico de la paciente, que posteriormente hicieron suyo los reclamantes y que antes se ha extractado, con el añadido de que en las pruebas del día 6 hubo "marcadores cardíacos negativos" y que en la historia de Urgencias "no se recoge ningún fallo de los aparatos de Electromedicina". Este mismo Servicio, en informe de 31 de octubre de 2006, expresa que el día 4 de septiembre de 2004 "no consta realización de radiografía de tórax, prueba que entra dentro del protocolo de dolor torácico".

D. En el informe provisional de la autopsia, de 13 de septiembre de 2004, se dice que la paciente presentaba "una gran infiltración hemática en la base de la aorta y a un centímetro de su base apreciamos un saco aneurismático con múltiples fisuras por las que mana sangre. El corazón está aumentado de tamaño a expensas del ventrículo izquierdo". Se considera que la muerte fue natural motivada por la "rotura de aorta intrapericárdica", que motivó un "shock cardiogénico por taponamiento cardíaco".

E. Con fecha 20 de enero de 2005, el Servicio de Electromedicina, por informe de su Jefe de 20 de enero de 2005, precisó que "no se consta incidencia alguna en el

equipamiento instalado entre los días 4 y 7 de septiembre"; que se puede "contemplar la trazabilidad de todas las intervenciones técnicas realizadas, a través de las bases de datos ubicadas en el Servicio de Electromedicina"; y que "el equipamiento instalado en el Servicio de Urgencias está contemplado dentro del Programa de inspección y mantenimiento preceptivos de equipamiento electromédico, el cual recoge claramente la metodología y criterios desarrollados para cada familia de equipos, así como el análisis de riesgos y la periodicidad de realización", adjuntando al informe el documento citado de referencia "PIMP/00/0.02004".

F. El informe histopatológico realizado sobre las muestras de la paciente, de fecha 17 de enero de 2005, apreció cardiomegalia y "disección de la aorta proximal (hematoma disecante) con degeneración quística de la media".

G. Según el informe del Servicio de Inspección, de 21 de mayo de 2008, "la disección aórtica se caracteriza por la separación de capas de la aorta (...) que se origina en una ruptura de la íntima" que causa la separación de "la capa íntima de la media (...) produciendo una falsa luz [(...) que] puede llegar a ocluir las ramas de la aorta", sobreviniendo la muerte por "isquemia de órganos vitales o por ruptura de la aorta a (*sic*) la cavidad pleural, al pericardio, al mediastino o la cavidad peritoneal". En el presente caso, la muerte sobrevino por "rotura de la aorta intrapericárdica con el consiguiente taponamiento cardíaco". Por ello, "la gravedad de la situación nos lleva a la importancia de un diagnóstico temprano y a entender la alta mortalidad del proceso". Concluye el informe precisando que aunque el Servicio de Cardiología valoró a la paciente (exploración clínica y estudios Rx de tórax, EKG, marcadores cardíacos y ecocardiográfica transtorácica), concluyendo en la necesidad de "ampliar el estudio [TAC, arteriografía (...) o vigilancia más extrema (UMI)]", no se practicó RX de tórax en la primera asistencia de urgencias en fecha 4 de septiembre, estando dentro del protocolo del dolor torácico", ni se pudo realizar un ecocardiograma transesofágico por la mala tolerancia de la paciente a la endoscopia, no siendo concluyente".

Por ello, se estima que "no fueron utilizados a tiempo los medios disponibles y por ello se propone indemnizar a los reclamantes en la cuantía solicitada de 60.000 €".

## II

1. La Propuesta de Acuerdo funda básicamente la estimación de la reclamación en el hecho de que “no se practicó RX de tórax en la primera asistencia de urgencias en fecha 4 de septiembre de 2004, estando dentro del protocolo del dolor torácico”, por lo que, se concluye, “no fueron utilizados a tiempo los medios disponibles” y por ello procede conceder la indemnización reclamada.

La pérdida de oportunidad curativa genera la responsabilidad administrativa si, en efecto, se asume o acredita que las pruebas diagnósticas a practicar o el tratamiento debido a aplicar hubieran anticipado un diagnóstico correcto que hubiera permitido la aplicación de la atención correcta para tratar de salvar la vida de la paciente.

Pues bien, del propio Informe del Servicio de Inspección resulta que la paciente, cuando fue ingresada el día 6 en el Servicio de Cardiología, fue objeto de “exploración clínica y estudios *Rx de tórax*, EKG, marcadores cardíacos y ecocardiográfica tratorácica”, concluyéndose, no obstante, en la necesidad de “ampliar el estudio [TAC, arteriografía (...) o vigilancia más extrema (UMI)]”.

Es más, consta en las actuaciones que a la paciente no se le pudo realizar un “ecocardiograma transesofágico por (su) mala tolerancia (...) al endoscopio, *no siendo concluyente*”. Sin embargo, no se niega que, pese a esta circunstancia, no fuese posible o aun necesaria la realización de esta prueba, o bien, que no existiera alguna prueba diagnóstica que la supliera.

No hay en puridad informes de los Servicios en este procedimiento de responsabilidad, habiéndose tomado por tales los emitidos en el contexto de las Diligencias Previas, incoadas y archivadas, lo que es cuestionable formal (por ser un procedimiento de distinta naturaleza y alcance) y materialmente (pues las Diligencias tenían por objeto el funcionamiento de los aparatos médicos, no la asistencia sanitaria global prestada). De hecho, el Servicio de Inspección interesó de la Gerencia hospitalaria, mediante escrito de 9 de octubre de 2006, que se recabara de los Jefes de los Servicios de Urgencias y Cardiología información precisa sobre, en el primer caso, si consideraba “que hubiese sido preciso la indicación de alguna otra prueba diagnóstica”, y, en el segundo, sobre la relación entre la “asistencia sanitaria (...) y el desenlace nefasto acaecido”, sin que consten en las actuaciones los informes emitidos, si es que se emitieron.

En definitiva, todos estos antecedentes suponen deficiencias relevantes en la adecuada asistencia a la paciente, deviniendo un daño que ésta no está obligada a soportar y, por ende, generando responsabilidad patrimonial.

2. Dicho lo cual, conviene precisar que el acuerdo alcanzado no puede perjudicar la valoración que a este Consejo le suscitan los hechos, de los que se ha dado cuenta en apartados anteriores, y la indemnización debida. En este sentido, la evaluación de la indemnización debe hacerse de conformidad con las tablas de aplicación (Resolución de 9 de marzo de 2004, por las que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2004 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación).

En consecuencia, en principio deberían haber sido indemnizados de conformidad con las tablas de aplicación (analógica), para el caso de víctima con cónyuge menor de 65 años, al cónyuge le corresponden 90.278 € y a cada hijo menor, 37.615 €, más el IPC correspondiente y la aplicación de los factores de corrección que resulten de la tabla II.

No obstante, habida cuenta de la atención sanitaria practicada, aun siendo deficiente, y teniendo en cuenta la patología presentada por la paciente, de extrema gravedad y complicado tratamiento, se entiende correcto el Acuerdo indemnizatorio alcanzado.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Acuerdo examinada se ajusta al Ordenamiento jurídico, con la determinación del *quantum* indemnizatorio que se contiene en el Fundamento II.3.