



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 642/2009

(Sección 1ª)

La Laguna, a 10 de noviembre de 2009.

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 D.C.B. y M.F.L.H., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 218/2009 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Mediante escrito de fecha 27 de abril de 2009, con entrada el 7 de mayo posterior, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias interesa de este Consejo Consultivo de Canarias preceptivo Dictamen por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, 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 finaliza el procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por el Servicio Canario de la Salud, a instancia de D.C.B. -en nombre propio y en nombre y representación de M.F.L.H. (las reclamantes)- por daños producidos con ocasión de la asistencia sanitaria prestada a J.L.H.C., pareja de hecho e hijo respectivamente de aquéllas.

2. Ha de significarse en este punto que el asunto del que ahora se conoce ya fue objeto de un primer pronunciamiento de este Consejo, que al respecto emitió su Dictamen 370/2008, de 7 de octubre, que no entró en el fondo pues estimó preciso retrotraer las actuaciones en orden a la verificación de cierta información

* **PONENTE:** Sr. Díaz Martínez.

complementaria sin la que no se podía dar una opinión debidamente fundada en Derecho.

La nueva Propuesta de Resolución formulada 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, en los términos que resultan del citado Dictamen, al que nos remitimos a estos efectos para mayor detalle.

II

1. La reclamación ha sido interpuesta por personas legitimadas para hacerlo, que han actuado mediante representación bastante, acreditada en las actuaciones [arts. 31.1.a) y 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].

La mencionada reclamación ha sido presentada dentro del preceptivo plazo de un año, dispuesto en el art. 4.2.2º párrafo RPAPRP. También, se acredita en las actuaciones el cumplimiento de los trámites probatorio (art. 9 RPAPRP) y de audiencia a las interesadas (art. 11 RPAPRP), y la emisión del preceptivo informe del Servicio Jurídico [art. 20.j) del Reglamento del Servicio, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero].

2. Se recuerda que el daño que motivó la presentación de la reclamación se concreta en el fallecimiento de J.L.H.C. a consecuencia de una secuencia fatal de hechos, que comenzó, según la reclamación, con la administración en un Centro de Salud de un tratamiento farmacológico combinado, tras el que J.L.H.C. perdió el conocimiento, cayendo sobre una puerta de cristal que se quebró, seccionándole el cuello; continuó con la tardanza en la llegada de una ambulancia medicalizada; y finalizó con la ausencia de tareas de reanimación en el Centro de Salud y en la ambulancia, no impidiéndose el fallecimiento del paciente, daño por el que se reclaman 300.506, 05 €.

3. Esta múltiple imputación (para cuyo detalle, a fin de evitar repeticiones innecesarias, nos remitimos al mencionado Dictamen) fue objeto de consideración por este Consejo en el Dictamen de referencia con el siguiente alcance:

A. Sobre la administración del combinado de fármacos, el Consejo entendió que debía “confirmarse la inocuidad del tratamiento y, en su caso, si hubiera sido aconsejable un período de observación del paciente”, 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”.

B. En cuanto a la falta de entubamiento o de masajes cardio-respiratorios mientras el paciente permaneció en el Centro de Salud, “sí se le realizó masaje cardio-pulmonar, pero no entubamiento, según consta en el expediente”; pero no se explicitan las razones de no entubar al paciente, lo que debe aclararse.

C. Finalmente, en lo que concierne al funcionamiento del Servicio de Ambulancias, consta que la ambulancia llegó poco más de 6 minutos desde la segunda llamada y 14:14 minutos desde la primera efectuada, sin que se hubiera aportado a las actuaciones valoración acerca de si los tiempos de espera entran dentro de la ratio de prestación del servicio. Ahora bien, la cuestión no era tanto la tardanza en la llegada de la ambulancia -que fue muy poco tiempo desde que se realizara la segunda llamada- sino la tardanza -más de siete minutos- en adoptar la solución a la que se llegó (convertir una ambulancia básica en medicalizada), sin que en el expediente se realizara justificación de por qué hubo que reclamar 2 veces la presencia de ambulancia, y la asistencia que le fuera prestada en la ambulancia; particularmente, la utilidad del ambú si el paciente tenía sección traqueal supraglótica; 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.

3. Tras la emisión del citado Dictamen 370/2008, se llevó a cabo la tramitación complementaria acordada en el mismo, resultando las siguientes actuaciones:

A. Con fecha 4 de noviembre de 2008, comparece la Dra. A.L.R., del Servicio de Urgencias, la cual, a presencia de la Inspectora Médico, dio respuesta a las preguntas que se le formularon de las que se desprende que: en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud era “inviabile la intubación orotraqueal pues sería inefectiva”; la intubación hubo de ser realizada en el Servicio de Urgencias del Hospital porque para proceder a ello “se requiere de un material y sobre todo de una pericia que se maneja en cirugía torácica”; la parada cardiorrespiratoria aconteció “una vez que el paciente fue subido a la ambulancia” iniciando maniobras de reanimación “con

taponamiento de la herida por la pérdida tan importante de sangre"; el método de ventilación utilizado fue el de ambú "que no era incompatible con la presión en el cuello"; finalmente, a la pregunta de si los medicamentos suministrados pudieron ser la causa de la desvanecimiento y posterior caída del paciente se responde que "no lo puedo afirmar", precisando que el paciente "refirió no ser alérgico a ningún fármaco" y que la medicación suministrada era la que "se administra habitualmente para el tipo de patología que presentaba"; de hecho, en "el resultado de la autopsia no se encontraron lesiones subjetivas de shock anafiláctico".

B. Con fecha 13 de noviembre de 2008, el Director Territorial del Servicio de Urgencias Canario de Las Palmas informa que la ambulancia se activó desde la primera llamada, que por ello no puede ser considerada "fallida"; fue el estado del paciente lo que llevó a la Facultativa del Centro a no esperar la ambulancia medicalizada y a acondicionar una de soporte vital básico para el traslado inmediato del paciente; que durante el traslado, los facultativos que lo acompañaban prestaron "las tareas de reanimación"; finalmente, "los tiempos de los diferentes recursos en esta intervención están dentro e incluso son inferiores a los ratios ordinarios del Servicio".

C. Abierto nuevo trámite de audiencia, comparece la parte mediante escrito en el que se ratifica, dándolos por reproducidos, en los hechos y valoración expresados en el escrito inicial. Insiste en que el desvanecimiento se produjo "unos tres minutos" después de administrarle el medicamento; se reafirma en que en el Centro de Salud "no se realizaron las maniobras de reanimación"; indica que para la intubación no se "precisa una pericia especial", siendo razonable en cualquier caso esperar que el personal de Urgencias la posea; la parada cardiorrespiratoria se produjo en el Centro de Salud, no a la subida a la ambulancia, pues estando el paciente en el Centro tuvo "midriasis bilateral" (dilatación de pupilas), que se produce "cuando hay anoxia cerebral y, por consiguiente, parada cardiorrespiratoria".

III

1. La instrucción complementaria realizada aporta aclaración sobre algunas de las cuestiones planteadas por este Consejo en su anterior Dictamen. No obstante, otras siguieron sin resolverse definitivamente. Es por ello por la que tras la nueva solicitud de Dictamen, dada la naturaleza de los hechos, la Sección competente adoptó el 9 de junio de 2009 los acuerdos de ampliar el plazo de emisión del Dictamen solicitado, así como interesar la aportación a las actuaciones de

información complementaria a emitir por "especialista" concerniente a los extremos que seguidamente se relatan, con las consideraciones procedentes.

Se significa que la información complementaria especializada fue facilitada por la propia Facultativa del Servicio de Urgencias que atendió a la paciente, que ya intervino en las actuaciones, así como por el Servicio de Urgencias Canario, responsable de la gestión del servicio de ambulancias.

2. La información complementaria solicitada es la siguiente:

A. Según el informe de la Facultativa, Dra. A.L.R. se trató al paciente de la cervicalgia postraumática que padecía conforme al protocolo de actuación ("Aines y miorelajantes"), con "negativa" del paciente de referir "antecedentes alérgicos". De hecho, como indica el informe de la autopsia, "no se encontraron lesiones subjetivas de shock anafiláctico".

En información recogida en la página web del Servicio de Salud del Principado de Asturias, se señala que los Aines son un grupo de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos que "en la mayoría de los pacientes no produce ningún tipo de efectos secundarios importantes". Los efectos más frecuentes, de presentarse, son de tipo digestivo (incluidas hemorragias), pudiéndose también producir "dificultad para respirar" y "mareos". Los riesgos secundarios pueden aumentar "en aquellos pacientes bebedores y/o fumadores importantes", por lo que se "debe siempre informar" al médico de esta circunstancia "aunque suponga que ya dispone de esta información".

Según indica la Facultativa, tras el tratamiento "el paciente esperó fuera del Centro de Salud", pues su pareja estaba también siendo atendida, sin que mostrara "síntoma de mareos u otro malestar o hipotensión inmediata". Tuvo tiempo "de atender a dos pacientes más y entre uno y otro observé que el paciente estaba fumando en la rampa de la calle (...) mientras continuaba esperando a su novia" pasando "varios minutos entre un evento y otro". En un momento dado, después de sentir "un ruido estremecedor", me informan "los técnicos de la ambulancia que estaban en la puerta del Centro que (...) una vez que el paciente dejó de fumar entró al Centro de Salud y sufrió un desvanecimiento hacia delante, introduciendo la cabeza por una cristalera que está ubicada en la puerta del Centro de Salud".

Se recuerda en este punto que, en las actuaciones realizadas en su día, a la pregunta de si los medicamentos suministrados pudieron ser la causa del

desvanecimiento y posterior caída del paciente la facultativa respondió que “no lo puedo afirmar”.

Asimismo, se solicitó que debería “clarificarse por especialista no solo la idoneidad al caso y al paciente del tratamiento instaurado, dado el tipo de lesión de éste o su condición de alérgico o no, sino que [los medicamentos (...)] eran adecuados (...) al concreto paciente tratado, por sus características personales, sin ulterior control o precaución y, en este sentido, si no era exigible cierto tiempo de atención u observación al paciente tras la ingesta, por los posibles efectos de dichos medicamentos (...)”.

No se contesta de manera expresa a lo que se inquiere. La Facultativa aduce que se cumplió con el protocolo de actuación aplicable al caso, que el paciente manifestó no ser alérgico y que de la autopsia no resulta que padeciera shock anafiláctico. Ahora bien, como se ha señalado anteriormente, un posible efecto secundario de la medicación con antiinflamatorios no esteroideos, es el de mareos, aumentando el riesgo en personas fumadoras importantes. El accidentado estaba fumando poco antes de la caída y nada se manifiesta en la documentación obrante en el expediente sobre que se le preguntara si era fumador habitual, ni que se le advirtiera del riesgo en caso de serlo.

B. Ha de determinarse por especialista si “las actuaciones (practicadas) sólo pueden realizarse en un Hospital (...) por especialistas y con medios que sólo allí existen, y no cabe que se efectúen en Urgencias de un Centro de Salud en absoluto”.

Detalla la Facultativa interviniente -con cita de doctrina científica- que las “lesiones traqueobronquiales (...) son una patología poco frecuente y de riesgo vital inmediato (...) y (...) de difícil manejo a las que pueden verse enfrentados el médico anestesiólogo, intensivista, cirugía general, cirujano torácico y O.R.L. Dada su poca incidencia la experiencia es por tanto limitada”, pero en cualquier caso de trata de lesiones que plantean “dificultad (...) tanto en lo inmediato como a largo plazo”.

Para el tratamiento de “situaciones tan infrecuentes como ésta” se precisa no solo “material (...) que no existe en los Centros de Salud” sino “la pericia necesaria”.

Los Centros de Salud, pues, parece ser que no poseen el material ni sus facultativos la pericia necesaria para tratar estas patologías infrecuentes. La atención, según lo expuesto, se debe realizar por especialista competente, teniendo una experiencia limitada los facultativos de los Centros de Salud, dado lo infrecuente

de la situación, no contando, por lo demás, con el material necesario para tratar el caso.

Por otro lado, se pide también que se clarifique “la razón por la que no se administró *adrenalina* al paciente en el Centro de Salud, y qué posible efecto generó esta omisión”.

La información ahora facilitada es más precisa. Se dice que tras activar la Facultativa la llamada de emergencia, “que tuv(o) que repetir personalmente por la demora de ambulancia de soporte vital avanzado”, la misma *procedió a la administración inmediata* de “adrenalina (...) y *luego nada más subir a la ambulancia* (...)”, donde el paciente sufrió la (primera parada cardiorrespiratoria) y comenzamos a reanimar”. De donde se desprende que se le administró adrenalina en dos ocasiones; la primera, de forma inmediata tras la activación de la ambulancia; la segunda, tras subir a la ambulancia.

En relación con el *entubamiento* efectuado “es exigible que se practique por personal y con medios de las Unidades de Urgencias de los Centros de Salud en cuanto que han de disponer de facultativos y material adecuado al efecto, o, en todo caso (...) si ese entubamiento pudo ser realizado por el facultativo de Urgencias disponible, aunque fuese provisional o limitadamente”.

Según se indica, “el material necesario para una sujeción de una tráquea que está retraída no existe en los Centro de Salud, así como el material para realizar una fijación, por supuesto que requeriría sutura (...)”. Y “pericia necesaria”. El personal del Centro de Salud hizo lo que posible dadas las circunstancias, de gravedad extrema, y los medios disponibles para atender a una tráquea que está retraída: coacción de “cánula de Guedel a través de la herida” y conectar a “ambú” (para facilitar la respiración) y presionar los vasos importantes “para evitar mayor sangrado”.

Es de tener en cuenta, asimismo, que en la anterior declaración de la Facultativa, ésta dijo que en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud era “inviabile la intubación orotraqueal pues sería inefectiva”; la intubación hubo de ser realizada en el Servicio de Urgencias del Hospital porque para proceder a ello “se requiere de un material y sobre todo de una pericia que se maneja en cirugía torácica”.

C. Ha de determinarse si el retraso en la llegada de la ambulancia afectó a “la asistencia prestada al paciente, sin influir en absoluto en el desenlace mortal de la lesión del paciente, imparable por la demora en ser atendido en el Hospital; (...) habida cuenta que la ambulancia apenas tardó poco más de un minuto en llegar al Hospital desde el Centro de Salud”. Ha de acreditarse, pues si “el total del tiempo invertido en esta ocasión, dada la gravedad del caso y, sobre todo, la distancia entre Hospital y Centro de Salud y la existencia en éste de una ambulancia disponible, entra dentro del nivel exigible de prestación del servicio en este concreto caso”.

El informe emitido por el Servicio de Urgencias Canario precisa que la ciudad de Las Palmas cuenta con dos ambulancias de soporte vital avanzado, con base, respectivamente, en el Hospital Dr. Negrín y en el Hospital Insular. Este último Hospital se encuentra cerca del Centro de Salud donde ocurrió el incidente, pero la ambulancia de soporte vital avanzado que tiene en este Hospital su base se encontraba en el momento de la llamada de servicio, por lo que tuvo que ser prestado por la ambulancia que se encontraba en el Hospital Dr. Negrín, más alejado.

De la información facilitada se desprende que la ambulancia medicalizada disponible en el Hospital Dr. Negrín -“con personal médico cualificado asistido de material e instrumental propio de atención médica urgente”- se activó a las 22.37.45 horas, “95 segundos después de recibirse la alerta”. Mientras se dirigía al lugar, se recibió una segunda llamada a las 22.42.20, reclamando la ambulancia en la creencia de que estaba en el cercano Hospital Insular -cuando no era así-, pues desde el Servicio de Urgencias Canario *“sólo se comunica la disponibilidad y el envío de la ambulancia y no la base de desde la que parten”*.

Como no llegaba la ambulancia, “comunicada (al Servicio de Urgencias Canario) la circunstancia de que no se conseguía estabilizar *in situ* al paciente (...) se reveló como imperiosa la necesidad de traslado inmediato un Centro hospitalario, decidiéndose en consecuencia habilitar otra ambulancia de tipo soporte vital básico (sin médico ni instrumental especializado a bordo”, decisión que se tomó *“in extremis* debido a la evolución del paciente”; disponiéndose el traslado a las 22.42.56 (36 segundos después de la segunda alerta).

Es decir, es previsible que si se hubiera sabido que la ambulancia de soporte vital avanzado tenía que venir desde el Hospital Dr. Negrín la decisión de trasladar al paciente en una ambulancia de soporte vital básico se hubiera podido tomar de forma rápida, más próxima a las 22.34.28 (momento de la primera llamada) y no a las 22.42.56.

Parece razonable que, cuando de patologías graves e infrecuentes se trata, al menos en esos casos en los que la vida de un paciente está en juego, cuando se solicita una ambulancia de soporte vital avanzado se informe de dónde se encuentra la ambulancia y el tiempo aproximado de llegada a fin de que el personal que atiende la urgencia pueda adoptar otras medidas, imperfectas pero siempre mejores que una ambulancia medicalizada tardía.

Que ante una llamada de petición de ambulancia de soporte vital avanzado “sólo se comunica la disponibilidad y el envío de la ambulancia y no la base de desde la que parten” es, en supuestos de patologías graves con riesgo inminente de muerte, una deficiencia que se estima que debe corregirse pues el tiempo de respuesta es, nunca mejor dicho, vital. En este caso, es la diferencia que media entre las 22.34.28 (momento de la primera llamada de petición de ambulancia de soporte vital avanzado) y las 22.42.56 (momento en que se decidió el traslado en ambulancia de soporte vital básico).

Sin perjuicio de ello, en lo que se refiere al tiempo de respuesta, con fecha 13 de noviembre de 2008, el Director Territorial del Servicio de Urgencias Canario de las Palmas informó que “los tiempos de los diferentes recursos en esta intervención están dentro e incluso son inferiores a los ratios ordinarios del Servicio”.

3. Pues bien, analizados estos datos en su conjunto, ha de observarse que, se actuó atendiendo constantemente al paciente, no obstante no se acredita que la caída se produjera por algún motivo derivado del estado del mismo o por algún motivo ajeno a la asistencia sanitaria prestada.

Así, por una parte, no queda determinada la causa del desvanecimiento en el sentido antedicho y, por tanto, que no hay nexo causal entre el desvanecimiento, con caída posterior, y la actuación sanitaria, con la administración de los fármacos pautados. Precisamente, consta que un posible efecto secundario de la medicación con antiinflamatorios no esteroideos, como el administrado, es el de la producción de mareos, aumentando el riesgo en personas fumadoras importantes, sin haberse adoptado precaución o cuidado alguno al respecto. El accidentado estaba fumando antes de la caída y después de suministrarle el fármaco, sin que en la documentación obrante en el expediente obre que se le preguntara si era fumador habitual, ni que se le advirtiera del riesgo en caso de serlo; máxime cuando, a mayor abundamiento, se observó que fumaba tras administrarle el medicamento por el facultativo mismo.

Por otro lado, en este supuesto, consta que el Servicio de Urgencias Canario, por su iniciativa o a petición del Centro, no comunicó el punto de partida de la ambulancia de soporte vital avanzado y, por tanto, el tiempo previsible de llegada a los efectos pertinentes. Lo anterior, dado el tipo de contingencia como la habida, es una circunstancia que ha impedido que el paciente fuera trasladado a un Centro hospitalario con una mayor antelación, en este caso circunstancia vital importante para su adecuado tratamiento, adelantando la toma de la decisión de utilizar la otra ambulancia, como se hizo después, pero ya sin solución, la cual pudo haberse revertido. Así, aunque el estado del enfermo era crítico, el paciente perdió una oportunidad terapéutica que le hubiera podido salvar la vida, siendo reiterada la jurisprudencia (por todas, Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008, con referencia en ella a otras Sentencias igualmente aplicables al caso) que establece la existencia de responsabilidad en estos supuestos; línea doctrinal que estima procedente este Organismo en cuanto, en efecto, es causa de daño indemnizable esta pérdida de oportunidad con resultado dañoso.

4. En suma, de conformidad con lo expuesto se considera que la Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación, no es conforme a Derecho, estimándose la existencia de responsabilidad patrimonial.

Para la fijación de la indemnización se tomarán con carácter orientador las cuantías para caso de muerte, establecidas en la Resolución de la Dirección General de Seguros para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (Resolución de 20 de enero de 2009, BOE 2 de febrero de 2009), estando ya actualizadas las cuantías que corresponderían al año 2004, en el que ocurrió el evento dañoso. Dadas las circunstancias del presente supuesto, se estima que la indemnización, por todos los conceptos, incluyendo el factor de corrección, debe ascender a 115.000 euros para D.C.B., pareja de hecho del finado y 9.500 euros para M.F.L.H., madre del fallecido.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación, no es adecuada a Derecho, al apreciarse la existencia de nexo causal entre el daño producido y el funcionamiento del servicio público sanitario, debiendo indemnizar el Servicio

Canario de la Salud a las reclamantes de conformidad con lo expuesto en el Fundamento III.4.