



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 0 6 / 2 0 1 3

(Sección 1ª)

La Laguna, a 6 de junio de 2013.

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 O.M.R.J., por el fallecimiento de su esposo J.R.S., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 191/2013 IDS)\*.*

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución formulada en un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de Salud.

2. El procedimiento se inició el 17 de septiembre de 2008. Esta fecha determina que la preceptividad del Dictamen y la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo resulten del art. 11.1.e) de su Ley reguladora en su redacción anterior a su modificación por la Ley 5/2011, de 17 de marzo, y en relación con el art. 12.1, de carácter básico, del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad Patrimonial, RPRP (aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo).

3. La legitimación de la Excm. Sra. Consejera para solicitar el Dictamen resulta del art. 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo.

4. Se cumplen los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

---

\* PONENTE: Sr. Fajardo Spínola.

5. Conforme al art. 13.3 RPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; empero, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del expediente no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obsten a la emisión de un Dictamen de fondo.

## II

1. El procedimiento se inició por la presentación el 17 de septiembre de 2008 de un escrito dirigido al Servicio Canario de Salud y suscrito por la interesada en cuyos apartados primero a tercero relata circunstancias relativas al ingreso de su marido en el Hospital Doctor Negrín el día 27 de febrero de 2008, a la asistencia que se le prestó el día 28 y su fallecimiento el 25 de abril de 2008. En el apartado cuarto expresa *"solicito de esa dirección se tenga por interpuesta reclamación previa en vía administrativa"*. Este escrito concluye con la siguiente petición: *"SOLICITO que se tenga por interpuesta denuncia por un presunto delito de negligencia profesional, se admita junto con los documentos que se acompañan y conforme a su contenido se provea"*.

2. La reclamante había formulado una denuncia por delito de homicidio imprudente. Este peregrino escrito fue recalificado por la Administración como una reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de Salud y requirió a la reclamante para que aportara su DNI, la fotocopia del Libro de Familia y el Certificado de defunción. La reclamante aceptó esa recalificación de su escrito y, por Resolución, de 31 de octubre de 2008, de la Secretaría General del SCS se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, lo cual fue notificado a la interesada.

La Administración sin embargo no requirió a la interesada para que subsanara su reclamación, ante la omisión de los requisitos que exige el art. 6 RPRP consistente en la especificación de la relación de causalidad entre la asistencia médica prestada y el resultado de muerte, con indicación de las circunstancias de dicha asistencia que

constituían negligencia profesional determinante del fallecimiento, la cuantificación de la indemnización y la proposición de prueba.

3. La interesada interpuso una querrela criminal por el delito de homicidio por imprudencia profesional contemplado en el apartado 3 del art. 142 del Código Penal (CP) en relación con el apartado 1 del mismo.

En el relativo de hechos de la querrela se indicaba que la causa de la muerte del marido de la querellante fue una defectuosa y reprochable penalmente atención médica en el momento de la colocación el día 28 de febrero de 2008 de la intubación traqueal. Esta deficiente intubación originó la aspiración del contenido gástrico que ocasionó la parada cardiorrespiratoria del paciente con graves daños cerebrales y braquicardia extremo que le indujo un estado comatoso en el que permaneció hasta el 25 de abril de 2008, fecha de su fallecimiento.

Esa querrela dio lugar a la incoación, el 2 de noviembre de 2010, por el Juzgado de Instrucción nº 4 de Las Palmas de Gran Canaria de las Diligencias Previa nº 5751/2010-V sobre homicidio imprudente. El testimonio íntegro de esas Diligencias Previa se incorporó por la interesada al presente procedimiento administrativo.

En esas Diligencias Previa y a solicitud de la parte querellante la Médico Forense emitió tres informes. En el primero concluyó que el paciente adolecía de una polipatología de larga evolución con un importante deterioro de las funciones pulmonares y cardíacas; que su frágil estado se agravó por el empeoramiento de la función respiratorio debido a una infección. El deterioro de la función respiratoria conllevó a una descompensación de su insuficiencia cardíaca; que en el Servicio de Urgencias se le realizaron las pruebas exploratorias pertinentes y se pautó el tratamiento adecuado, que no obstante sufrió una parada cardiorrespiratoria por lo que se le aplicó ventilación mecánica invasiva; que aunque esta es una técnica no exente de complicaciones no se produjo ninguna de ellas cuando se le practicó al paciente; y que no había mala praxis en ninguna de sus variantes por parte de los facultativos que atendieron al paciente.

En su segundo informe la forense explica que el deterioro importante de la función respiratoria que presentaba el paciente determinaba que sufriera un grave deterioro cognitivo cuyos síntomas eran la confusión, la desorientación, la agitación, el abandono del lecho y el arrebatarse la mascarilla de oxigenoterapia, por lo que la ventilación por intubación era absolutamente necesaria y adecuada al estado del paciente.

A la vista de este segundo informe la parte querellante sostiene que la negligente intubación fue la causa de la muerte del paciente, porque provocó vómitos que se depositaron en el pulmón lo cual causó la hipoxia cerebral que le llevó al coma y luego al fallecimiento, y solicita que la forense emita nuevo informe sobre este extremo. En su tercer informe la forense señala que no se produjo ningún percance ni anomalía durante la colocación de la ventilación mecánica, que la parada cardiorrespiratoria se produjo antes de la intubación y no como consecuencia de la misma, que la presencia de contenido alimenticio en la vía aérea fue previa a la intubación y como consecuencia del grave estado del paciente, que ese contenido alimenticio se extrajo previamente a la intubación traqueal, y que el déficit funcional del pulmón no fue consecuencia de los vómitos sino de la grave patología cardíaca y pulmonar que el paciente presentaba de forma crónica y que se complicó con una insuficiencia respiratoria aguda.

Después de las declaraciones de los testigos propuestos por la querellante y de la declaración en calidad de imputada de la doctora que atendió al paciente en el Servicio de Urgencias, el Juez dictó el 15 de marzo del año 2012 Auto de Sobreseimiento Libre.

En este Auto se afirma que “en modo alguno puede afirmarse que los facultativos denunciados hayan llevado a cabo una acción u omisión que pueda calificarse de negligente y que quepa considerar como causa efectiva o adecuada para producir el resultado dañoso investigado”. Se afirma también que se realizaron las pruebas diagnósticas y tratamientos médicos adecuados, los cuales se describen con minuciosidad para concluir que “ningún actuar negligente puede atribuirse a los denunciados al haber actuado en todo momento conforme a los protocolos médicos establecidos, tanto en el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos que presentaba inicialmente el paciente, como respecto a las complicaciones y agravamientos que su estado de salud sufrió durante su estancia hospitalaria por mor de la propia naturaleza de aquéllos y sus antecedentes y circunstancias personales”.

En consecuencia se acuerda el sobreseimiento libre y archivo definitivo de las actuaciones.

4. Este Auto es firme porque contra él no se interpusieron ni los recursos de reforma ni el de apelación.

5. Los autos de sobreseimiento libre producen efectos de cosa juzgada (SSTC 119/2003, de 16 de junio; 121/2000, de 10 de mayo; 196/1988, de 24 de octubre;

SSTS de 8 de mayo de 2002, RJ 2002\5959; de 3 de febrero de 1998 y de 26 de julio de 2001, entre otras muchas).

Este efecto de cosa juzgada de los autos de sobreseimiento libre se circunscriben exclusivamente al ámbito de la responsabilidad penal, pero no a la responsabilidad patrimonial derivada de un acto antijurídico que no sea constitutivo de delito.

6. Pero los hechos declarados en el Auto de sobreseimiento libre vinculan a los demás órganos del Estado puesto que *"unos mismos hechos no pueden existir y dejar de existir para los órganos del Estado"* (SSTC 77/1983, 62/1984, 158/1985, 30/1996 y 255/2000 y 147/2002).

7. Esto es relevante porque el Auto de sobreseimiento provisional declara terminantemente que *"en modo alguno puede afirmarse que los facultativos denunciados hayan llevado a cabo una acción que pueda calificarse de negligente"* y que *"ningún actuar negligente puede atribuirse a los denunciados al haber actuado en todo momento conforme a los protocolos médicos establecidos"*.

Este hecho establecido no puede ser considerado como inexistente en el presente procedimiento. Por consiguiente, una reclamación fundada en la negligencia profesional de los facultativos está abocada a su desestimación porque en vía penal se ha declarado por resolución firme que no existió ningún género de tal negligencia profesional. Una reclamación en esa vía solo podría prosperar si se fundara en un título distinto de responsabilidad tal como la responsabilidad objetiva. Pero la interesada no ha reclamado ni por ende ha probado que el fallecimiento de su marido lo haya causado la concreción de un riesgo generado por el funcionamiento del servicio público de salud. Por otro lado, el auto de sobreseimiento deja también establecido que el óbito fue causado por el curso de las graves patologías que padecía el paciente, el cual no pudo ser evitado a pesar de que se aplicaron diligentemente todos los medios de la medicina.

8. La reclamante, sin aportar pruebas médicas que lo fundamente, ha continuado sosteniendo en el presente procedimiento que la muerte de su marido ha sido causada por la negligencia profesional de los facultativos que lo atendieron.

9. El informe del facultativo del Servicio de Inspección, elaborado sobre la base de los informes médicos y de la documentación médica obrante en la historia clínica, da cumplida respuesta a esta alegación en los siguientes términos:

“1.- Los pacientes con obesidad mórbida tienden a sobrellevar muchas comorbilidades como la insuficiencia respiratoria, condicionada ésta a la gran presión abdominal y al ascenso diafragmático

2.- La acidosis respiratoria ocurre cuando el sistema respiratorio no puede eliminar todo el dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) que produce nuestra economía. Para contrarrestarla, los riñones tratan de restaurar el equilibrio ácido-base, -cosa que ocurre cuando la acidosis se prolonga en el tiempo por causa de una Enfermedad Pulmonar, (como es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en adelante EPOC) u obesidad grave (150 Kg de peso) asociada a la hipertensión arterial-compensándose de este modo, la acidificación de los líquidos corporales, en especial, la sangre.

3.- El paciente padecía obesidad mórbida y desde el año 1980, EPOC. Además era hipertenso (HTA) que en asociación con la obesidad, lograrían la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y por ende la insuficiencia respiratoria secundaria a la ICC. La insuficiencia respiratoria no alcanzaría una eliminación suficiente CO<sub>2</sub>, ocasionando la acidosis respiratoria y sanguínea

La EPOC (provoca una disminución prolongada de oxígeno sanguíneo) sumada a la hipertensión arterial (HTA), causarían el denominado Cor pulmonale (Insuficiencia del lado derecho del corazón).

Otras patologías soportadas por J.R.S. junto con la EPOC, HTA, ICC y obesidad son: Diabetes Mellitus tipo 2, dislipemia, quistes renales, quistes hepáticos y exfurmador.

4.- Sí la acidosis se agudiza, no es posible la compensación renal todo lo rápido que sería necesario con lo que la acidificación de los líquidos corporales es un hecho y las consecuencias son entre otras, la tendencia a la confusión mental (alteración del nivel de conciencia).

(F.: Informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, de fecha 22 de enero 2009 e Informe clínico de Exilias, emitido por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, en fecha 23 de mayo de 2008).

5.- La gasometría practicada el 27 de febrero de 2008, así lo demuestra: PCO<sub>2</sub> 64 y PvO<sub>2</sub> 33. Un aumento evidente del Dióxido de Carbono (CO<sub>2</sub>) y, por tanto, acidosis.

6.- J.R.S. venía soportando confusión mental desde hacía días, antes de acudir y consultar al Servicio de Urgencias por disnea. (Insuficiencia respiratoria).

(Fuente: Auto de resolución de sobreseimiento libre y archivo definitivo de las actuaciones, dispuesto por el Magistrado-Juez titular del Juzgado de Instrucción nº4 de Las Palmas de Gran Canaria, en fecha 15 de marzo de 2012).

7.- Constatamos que el paciente ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, por disnea con tos y alteración del nivel de conciencia, el día 27 de febrero de 2008.

8.- Valoramos como hecho probado que el paciente estaba en acidosis respiratoria y por tanto quedarían justificadas la confusión mental, el deterioro del nivel de conciencia, la insuficiencia respiratoria e hipoventilación, causadas por la EPOC, la ICC y la obesidad.

9.- Inicialmente el paciente es inmediatamente tratado con oxigenoterapia (para compensar la acidosis respiratoria de la insuficiencia respiratoria y la acidosis sanguínea que no logra paliar el sistema renal), vasodilatadores, diuréticos, corticoides, anticoagulantes y antibióticos, permaneciendo todo el día y la noche del 27 de febrero de 2008 con estabilidad clínica y hemodinámica.

(Fuente: Informe del Coordinador Médico del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, de fecha 23 de febrero 2009).

10.- Verificamos que la oxigenoterapia no logra su propósito y habida cuenta el importante trabajo respiratorio del paciente, se instaura ventilación mecánica no invasiva (En adelante VMNI) tipo BiPAP que no puede ajustarse adecuadamente por la intensa agitación psicomotriz del paciente y por tanto nula colaboración, por lo que se decide su sedación.

11.- Según relata el Coordinador Médico del Servicio de Urgencias; «a la media hora de instaurar la ViI/NI el paciente sufre un cuadro de parada respiratoria que precisó de maniobras de resucitación avanzada, que fueron efectivas de forma precoz, tras lo cual el paciente fue trasladado a la Unidad de Medicina Intensiva (UMI)».

Luego de la intubación orotraqueal, la acidosis respiratoria se compensa. El paciente ingresa en la UMFI estabilizado pero con encefalopatía anóxica.

No obstante, podemos establecer una duda razonable en lo que se refiere a la encefalopatía, (Fuente: Informe de Unidad de Medicina Intensiva, de fecha 25/11/2005, 1f) toda vez que en estados de hipoxemia prolongada, -el paciente padecía disnea, al menos 8 días ante del ingreso en el Servicio de Urgencias- podrían coexistir, la insuficiencia respiratoria con una la vasculopatía cerebral por deficiente flujo, oxigenación o precaria circulación sanguínea cerebral y propiciar la instauración progresiva de una encefalopatía larvada que se habría agudizado con el nulo aporte de flujo sanguíneo y oxígeno al cerebro, con ocasión de la parada cardio-respiratoria, en Urgencias.

12.- Comprobamos que los medios empleados en la UVI fueron correctos tanto en el diagnóstico y tratamiento de las múltiples patologías que inicialmente presentaba el paciente como de las complicaciones que surgieron posteriormente por efecto de la evolución tórpida de aquéllas, instaurándose la infección urinaria y la respiratoria, lo que condujo, a pesar del tratamiento antibiótico, al shock séptico seguido del fallo multiorgánico.

#### D. - CONCLUSIONES

1.- Luego de examinar el caso en cuestión, el Servicio de Inspección y Prestaciones llega a la conclusión razonada, de que no cabe considerar la actuación de los servicios asistenciales de la Administración como la causa del daño irrogado (el óbito de J.R.S.), habida cuenta de las importantes patologías que presentaba el paciente en el momento de su ingreso hospitalario (descritas en la consideración 2).

2.- Las dolencias mencionadas en. la consideración 2, en concreto aquéllas que afectaban a la función pulmonar y cardíaca, eran de vital importancia y ello es así por cuanto que el paciente presentaba una EPOC desde 1980 y en la actualidad una insuficiencia respiratoria secundaria a insuficiencia cardíaca congestiva con síntomas de disnea y tos que le obliga a acudir al Servicio de Urgencias, donde se le aplican los medios adecuados para diagnóstico y tratamiento, no sin antes contrarrestar, mediante sedación, una agitación desmedida que dificultaba la activa a la par que rigurosa actuación de los servicios sanitarios en urgencias, en favor de una mejora de la función respiratoria.

No obstante, la oxigenoterapia y la ventilación mecánica no invasiva (sin riesgo para el paciente), no pudo mitigar la acidosis respiratoria, descompensada por la insuficiencia respiratoria, las patologías previas, la obesidad mórbida y la gran agitación del enfermo.



*Acto seguido, el paciente acusa parada cardio-respiratoria por lo que precisó maniobras protocolizas y regladas de resucitación avanzada, que fueron efectivas,*

*3.- Se consigue estabilizar hemodinámicamente al enfermo y compensar la acidosis, no pudiendo evitar la encefalopatía anóxica.*

*Si atendemos a la consideración 10 (tercer párrafo) del presente informe del Servicio de Inspección, una precaria y acidificada circulación sanguínea e hipoxemia cerebral, podrían haberse instaurado en días precedentes al ingreso en Urgencias, provocando un patología encefálica subrepticia que, junto con la acidosis respiratoria., explicarían la alteración de la conciencia y la confusión, pudiendo estar en la base de la posterior encefalopatía anóxica, tras la parada cardio-respiratoria (PGR).*

*Conocemos por la literatura médica analizada que cualquier parada cardiaca por breve que sea, puede promover la falta de circulación cerebral y anoxia, derivando ambas en ulterior encefalopatía.*

*4.- Por todo lo anterior, constatamos que la asistencia prestada se ajustó a la lex artis, toda vez que no puede establecerse nexo causal entre la actuación de los Servicios Asistenciales de la Administración Sanitaria y el objeto de la reclamación. Actuaron en todo instante, conforme a la mejor práctica, no siendo factible exigir a aquéllos, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados”.*

10. La asistencia sanitaria prestada fue la adecuada. El fallecimiento del paciente no fue causado por ninguna negligencia en su asistencia, sino debido al curso de su patología. No hay por tanto relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público de salud y el daño alegado. Sin la concurrencia de esta relación de causalidad es imposible, conforme al art. 139.1 LRJAP-PAC, el surgimiento de la obligación de indemnizar.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.