



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 5 6 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 11 de julio 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 I.C.A.S. por el fallecimiento de su madre L.M.S.T., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 257/2013 IDS)\*.*

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución formulada en un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud (SCS).

2. La preceptividad de la solicitud del Dictamen y la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo resultan del artículo 11.1.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 12.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

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

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio regulado en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 139 y 142 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC).

---

\* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

## II

1. El procedimiento se inició con la presentación del escrito de reclamación por el interesado el 3 de mayo de 2005.

El fundamento fáctico de la pretensión indemnizatoria es, según las alegaciones del reclamante, el siguiente:

La madre del interesado ingresa en el Hospital Doctor Negrín (HDN), el día 9 de febrero de 2005 debido a los problemas respiratorios que padecía, falleciendo el día 13 de febrero de 2005 por no haber sido asistida por los facultativos correctamente. Por tanto, considera el interesado que el daño ocurre por negligencia médica sin adoptarse las medidas exigibles por el estado de gravedad de la paciente, por edad y otras circunstancias concurrentes. Así, la asistencia se demoró indebidamente entre la última actuación médica y el fallecimiento.

2. En la tramitación del expediente no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obstan a la emisión de un Dictamen de fondo. Así, se solicitan y emiten informes preceptivos del Servicio, se acuerda la apertura del periodo probatorio, notificándose correctamente al interesado, practicándose las pruebas propuestas por el mismo, y se acuerda trámite de vista y audiencia.

Concretamente y en relación con la prueba pericial propuesta por el interesado, solicitando a la Administración que recabase con carácter gratuito informe pericial, entendiéndose que, entre los derechos a la asistencia jurídica gratuita, se contempla la realización del mismo previamente al inicio de actuaciones judiciales, el instructor advierte, tras informe de la Comisión de Asistencia Jurídica Gratuita, que dicha actuación ha de ser llevada a cabo por el propio interesado, como medio probatorio que le corresponde legalmente producir.

Por lo demás, el afectado presenta escrito, entre otros, mediante el que autoriza y declara su voluntad de ser representado y defendido en su nombre por abogado de oficio designado al efecto.

3. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente, pues la Propuesta de Resolución se emite en fecha 20 de mayo 2013; por tanto, se resolverá vencido con amplitud el plazo resolutorio, aunque procede resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos que esta injustificada dilación comporta [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

### III

Según informa el Servicio de hospitalización y calidad, en fecha 7 de julio de 2005, después de hacer referencia a los antecedentes de la paciente de cardiopatías, problemas pulmonares, diabetes, hipotiroidismo, obesidad mórbida y síndrome ansioso depresivo, *“Tras ser valorada en el Servicio de Urgencias con juicio clínico de insuficiencia cardíaca y anasarca, se decide ingreso en el Servicio de Medicina Interna.*

*Durante su estancia recibe tratamiento con oxigenoterapia digital y diuréticos que se añaden a su tratamiento de base, destacando la aparición de una arritmia completa por fibrilación auricular.*

*A las 48 horas de su ingreso sufre un incremento de su distrés respiratorio siendo valorada por facultativo que ajusta el tratamiento.*

*El día 13 de febrero de 2005 presenta situación de parada cardiorrespiratoria siendo éxitus a las 6:20 horas. Se solicita estudio necrópsico ante la sospecha de Tromboembolismo pulmonar”.*

Según el Informe emitido por el Servicio de Enfermería, de 28 de abril de 2005, relativo a la noche del día 12 al 13 de febrero de 2005, la paciente se encontraba en estado de nerviosismo, quitándose la mascarilla en varias ocasiones, siendo sustituida ésta por gafas nasales. Sobre las 00:15 h. la enfermera la encontró con disnea moderada, y a pesar de ajustar la saturación de oxígeno (O<sub>2</sub>), continuó con disnea y ruidos respiratorios por lo que avisó al médico de guardia, el cual la valoró y le indicó la realización de gasometría. Tras valorar la analítica, el médico pautó aerosoles y bajada del O<sub>2</sub>, manteniendo la paciente saturaciones justas, quedándose más tranquila y durmiendo a ratos. La enfermera volvió a valorar a la paciente dos veces más, sobre las 3:00 y las 4:00 horas, encontrándose a la paciente ligeramente disneica con mascarilla de O<sub>2</sub> y descansando. Finalmente, a las 5:50 horas, antes de empezar a administrar los tratamientos de las 6:00 horas, la enfermera se encontró a la paciente en asistolia, sin tensión arterial ni función cardíaca, avisó al médico de guardia y realizó electrocardiograma, determinándose por el médico el fallecimiento en la historia clínica.

El Informe clínico del Servicio de Medicina Interna, de 19 de abril de 2005, después de hacer referencia a los antecedentes médicos de la paciente ya indicados, señala la hipoventilación generalizada de la misma y que *“A las 48 horas de su*

*ingreso sufre cuadro de aparición brusca de distrés respiratorio, precisando Ventimax al 40% para mantener saturaciones del 92%, encontrándose la paciente somnolienta y bradipsíquica. Horas después la paciente sufre parada cardio-respiratoria de aparición brusca. Ante las dudas existentes sobre la causa del fallecimiento se decide solicitar necropsia. Se descarta la sospecha inicial de LAM o TEP masivo”.*

El Informe de Necropsia definitivo, de 14 de febrero de 2005, diagnostica lo siguiente:

*“Miocardiopatía dilatada. Cardiomegalia. Infarto agudo de miocardio, microscópico, en la parte posterior del tabique interventricular. Edema agudo de pulmón. Infarto hemorrágico en lóbulo inferior dcha. Bronconeumonía focal. Congestión esplénica. Esplenomegalia. .Congestión hepática. Hepatomegalia.; Gastritis erosiva focal.; Hiperplasia epitelial focal, sin atipia, del esófago.; Laringitis; Cistitis hemorrágica.; Pielonefritis crónica. Nefroangioesclerosis leve. Hemorragia focal. Quistes simples renales bilaterales.; Pólipo endometrial. Endometrio atrófico. Leiomioma.; Aterosclerosis sistémica leve, focalmente intensa en aorta abdominal.; Hiperplasia trilineal leve de la médula ósea hematopoyética.; Sistema nervioso central sin alteraciones histológicas significativas.; Obesidad mórbida.*

*PADECIMIENTO FUNDAMENTAL: Miocardiopatía dilatada. CAUSA DE MUERTE: Edema agudo de pulmón”.*

El Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS, de 14 de septiembre de 2009, indica, entre otras circunstancias, que, tras ser valorada por el Servicio de Urgencias, ingresa en el Servicio de Medicina Interna el 10.02.2005 en situación de anasarca con fibrilación auricular, padeciendo “hipoventilación generalizada; disnea sin tiraje, soplo sistólico, leves crepitantes bibasales, abdomen duro con edema de pared que deja fóvea, edemas pretibiales y dorso de pies con fóvea. En radiografía de tórax presenta cardiomegalia, derrame pleural bilateral con derrame cistural”. La paciente permanece con tendencia a la hipertensión, en tratamiento con antihipertensivos (lecas, Diuréticos y ARAD), control de diuresis; se solicita estudio completo de analítica, radiología, ecocardiografía e interconsultas a los servicios de neumología y hematología, poca tolerancia al uso de mascarilla presentando saturaciones de oxígeno entre 94-96%. En el turno de noche del 12-13 de febrero, se encuentra intranquila y muy nerviosa quitándose la mascarilla, con bajada de saturación hasta 85%, disnea y con ruidos respiratorios

por lo que es avisado el médico de guardia, quien tras valoración diagnóstica probable síndrome de hipoventilación por obesidad. A las 6:00 horas la paciente se encuentra en asistolia, se hace ecg y avisa al MG quien determina exitus. Ante las dudas existentes sobre la causa del fallecimiento se solicita necropsia.

El citado Servicio hace relación de los Ingresos previos de la paciente, entre otros el que se produjo en el Hospital Insular el 8.04.1980 por EAP (edema agudo de pulmón) y crisis coronarias con soplo sistólico de insuficiencia mitral III/VI.

Según un nuevo informe del Servicio de Medicina Interna, de 14 de mayo de 2009, *“se instaura tratamiento con Disgren, Clexane, Omeprazol, Eutirox, Fositen, Seguril, Higrotona, Digoxina, Oxigenoterapia y pauta móvil de insulina y se solicitan varios estudios complementarios. Las notas evolutivas recogen cifras tensionales elevadas los días 10 y 11 con ajuste del tratamiento en la mañana. En el turno de noche del día 11 la encuentran de nuevo hipertensa e inquieta, por lo que es valorada por el médico de guardia a las 23:40 horas, que reintroduce los psicofármacos que tomaba la paciente previo al ingreso, extrae analítica, quedando la paciente estable. (...). La enfermera del turno de noche del 12.2.2005 encuentra a la paciente muy nerviosa al inicio del turno, quitándose el oxígeno. Dado que comprueba desaturación, avisa al médico de guardia que comprueba la saturación de oxígeno del 92% con Ventimax al 40%, sin esfuerzo respiratorio, bradisiaquia y somnolencia, reduciendo los ansiolíticos. Se le practica gasometría la 1 hora del 13.02.2005 y se modifica el tratamiento con reducción del flujo de oxígeno, añadiendo broncodilatadores y reduciendo ansiolíticos. Añade este nuevo informe que «Dado lo inesperado de la muerte se solicita necropsia que muestra infarto agudo de miocardio en la parte posterior del tabique interventricular, infarto hemorrágico en lóbulo inferior derecho y edema agudo de pulmón que considero son los eventos causantes del fallecimiento, además de multipatología crónica»”.*

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar el Instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, que actúa conforme a la *lex artis ad hoc*.

2. La cuestión, verificada la producción del hecho lesivo en el ámbito y con ocasión de la prestación del servicio sanitario, es determinar si su causa es imputable al prestador del servicio al contribuir de algún modo a su producción la asistencia

prestada, que, tratándose de este servicio por relacionarse con la sanidad curativa, ha de determinarse, no con un deber de resultado o curación, sino de aportación de los medios precisos y exigiblemente disponibles, según prestaciones y medios u organización legalmente determinados al caso, debidamente empleados o ejecutados. Lo que incluye consentimiento informado, en su caso, pruebas diagnósticas y tratamiento o control instaurado subsiguientemente, con la atención y previsión apropiadas, aunque siempre con el límite adicional contemplado, con carácter general, en el art. 141.1, segundo párrafo, LRJAP-PAC.

3. Desde luego, la Administración tiene la carga de la prueba, una vez constatado el supuesto de hecho, de demostrar el cumplimiento, en los términos indicados, de la referida *lex artis ad hoc*, mientras que el interesado la tiene respecto a sus eventuales afirmaciones relativas a la causa del hecho lesivo por negligencia médica o incumplimiento efectivo y positivo de las reglas que, como se dijo, han de regir la asistencia sanitaria, en su conjunto, en este caso.

Todo lo cual no obsta al cumplimiento de los deberes de instrucción por el instructor del procedimiento y, por tanto, a la exigencia de efectuar las actuaciones correspondientes, particularmente las debidas por la Administración (arts. 76 y siguientes LRJAP-PAC).

4. En este sentido, los informes emitidos se dirigen, en lo aquí relevante, a acreditar que la actuación sanitaria fue correcta, vistos los padecimientos de la paciente y su estado al ingreso, particularmente su tratamiento y atención constante, falleciendo pese a eso por la aparición inesperada de su causa.

Sin embargo, cabe apuntar enseguida que no sólo tal causa se relaciona directamente con el padecimiento de ingreso y las circunstancias o síntomas de la paciente entonces, sino también con sus antecedentes, en cuanto que muere por infarto de miocardio que deriva a edema pulmonar agudo y tuvo, justamente, poco antes un episodio grave de *distress* respiratorio y reconocerse que padecía anasarca general y, en particular, de pulmón, no constando que se realizaran pruebas ulteriores o de control permanente de la paciente, ni su traslado a UVI o UCI.

En esta línea, el Servicio de Medicina Interna concluye su informe, afirmando que la paciente era una enferma pluripatológica con muy alto riesgo de muerte cardiovascular por las razones que se indican, ingresando por descompensación de su insuficiencia cardíaca de meses de evolución y ya en estado de anasarca y siendo correctamente evaluada y tratada tanto por sus médicos como por sus enfermeras, recibiendo los fármacos apropiados para evitar esos procesos (antiagregantes,

anticoagulantes, hipotensores y oxigenoterapia). Así, la paciente fallece por muerte súbita cardíaca desencadenada por infarto de miocardio e infarto pulmonar, que terminan de descompensar su corazón, presentando edema agudo de pulmón como evento final, siendo el fallecimiento inevitable pese a la correcta asistencia recibida.

En cuanto, al SIP, tras referirse a las dolencias de la paciente, las presentes y las precedentes y basales, señala que, pese a su gravedad y pluripatología, no era candidata a UCI o UVI al ingreso, tras ser atendida en el Servicio de Urgencias, mostrando entonces claramente disnea y, a la exploración, insuficiencia cardíaca, con soplo sistólico propio de ser aórtica, evidenciando en ECG, pese a ser básica, fibrilación auricular e hipertrofia izquierda.

Además, reitera que fue atendida debidamente en el Servicio de Medicina Interna, siendo su evolución seguida en todo momento por médicos y enfermeras, incluyendo pruebas complementarias.

Lo que, a su juicio, incluye el episodio de parada cardiorrespiratoria previa a la definitiva, siendo los datos obtenidos normales, en particular la tensión arterial y frecuencia cardíaca, sin signos, se dice, de TEP entonces, por lo que no eran exigibles más medidas, ni previsible lo que a continuación ocurriría.

No obstante, añade que la insuficiencia cardíaca es progresiva, deja invalidez en estados avanzados y predispone a trastornos cardíacos de riesgo, como la falla terminal o el infarto de miocardio. Si coexisten otras enfermedades, como aquí ocurre, el pronóstico es más sombrío. En particular, el EAP figura en los síntomas de la ICI avanzada, mientras que en los de IC derecha figura anasarca o náuseas. Advierte que la muerte súbita es frecuente en los pacientes con IC y que, aún con las mejores terapias, tiene una tasa anual de mortalidad de un 10%. La paciente, sin embargo, aunque tenía IC, y ésta estaba en evolución habría que añadir, permaneció desde su ingreso sin ninguna complicación, extremo éste no sólo incierto, sino que se contradice por las circunstancias de la enferma durante su tratamiento, sino, sobre todo, por el reconocimiento de la referida parada cardiorrespiratoria.

Pese a ello, insiste en que se trata de una situación correctamente tratada con cardiotónicos, diuréticos y antihipertensivos, con evolución nefasta en la que se contempla la contribución del estado anterior de la paciente.

5. Sin embargo, vistas precisamente las observaciones del informe del SIP con pretensiones exculpatorias pero generando el efecto contrario, se considera con los

comentarios expresados al hilo de las mismas, que no se justifican debidamente algunas actuaciones en este caso, siendo pertinente esclarecerlas para poder analizar la existencia o no de nexo de causalidad entre la lesión por la que se reclama y el funcionamiento del servicio público sanitario. Más concretamente y en referencia a tal funcionamiento, si la paciente fue tratada con todos los medios disponibles de acuerdo con la *lex artis ad hoc*, generándose de lo contrario pérdida de oportunidad que pueda generar responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Así, en primer lugar no se explican claramente las razones por las que dado el estado grave y con peligro de la paciente, con los DPN de reposo y antecedentes y patologías cardiológicas y pulmonares, en particular cardiopatías y edema agudo de pulmón durante su ingreso hospitalario en 1980, no era candidata a ingreso en el servicio de cuidados intensivos, donde parece procedente que fuese internada enseguida por lo expuesto; o bien y como mínimo el motivo por el que, al menos, no se la ingresó en los Servicios de Neumología o de Cardiología, donde, presumiblemente, podrían haber tratado más adecuadamente las dolencias que padecía dado el cuadro claro de insuficiencia cardiaca que presentaba, siendo por el contrario remitida, desde el Servicio de Urgencias, al Servicio de Medicina Interna. Por tanto, se hace preciso un nuevo informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones sobre estos extremos.

En segundo lugar, a la vista de los antecedentes y circunstancias clínicas, sobre todo el episodio de insuficiencia respiratoria en la noche del 12 al 13 de febrero de 2005, así como de la anotación en la historia clínica que menciona "valorar traslado a Neumología" (pág. 111 del expediente), posteriormente tachada, no se explican adecuadamente los motivos para no efectuar la citada valoración y traslado, o bien, más apropiadamente por esta incidencia en relación con los antecedentes y efectiva patología de la paciente, a la UCI, donde, ante un episodio previsible de parada cardiorespiratoria, que se reconoce y, además, se considera probable, por la Administración, y que fatalmente sucedió apenas dos horas después, procedía un control continuado y la previsión de las medidas apropiadas con este presupuesto y antecedentes, incluidas eventuales maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin dar lugar a una pérdida de oportunidad terapéutica que podría haber evitado el desenlace final. Por lo tanto, se hace preciso, igualmente, un nuevo informe complementario del Servicio relacionado con las dolencias básicas aclaratorio de esta cuestión y, en particular, la no remisión de la paciente a la UCI o UVI.



6. Consecuentemente, procede la retroacción del procedimiento en orden a la incorporación al expediente de los citados informes complementarios y que, tras el correspondiente trámite de audiencia y vista al interesado, se elabore una nueva PR que deberá ser sometida nuevamente a Dictamen de este Consejo.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse el procedimiento al objeto de realizarse los informes complementarios y trámites señalados en el Fundamento IV.5 y 6.