



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 0 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 15 de octubre de 2014.

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 (...), actuando en nombre de la menor (...), por el fallecimiento de su hijo y padre, respectivamente, (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 345/2014 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 (PR) del procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por la madre del fallecido en solicitud de una indemnización de 100.000 euros por daños cuya causación imputa al funcionamiento anormal del servicio de asistencia sanitaria pública que aquel servicio presta.

2. La preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera de Sanidad para solicitarlo resultan de los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), el plazo máximo para la

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

tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que se ha superado en este procedimiento; sin embargo, 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 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma, con los efectos administrativos y económicos que la demora debe producir.

4. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que obstan la emisión de un dictamen sobre el fondo del asunto.

II

1. La reclamante fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes hechos:

“El 23 de marzo de 2009, el causante llegó a su casa sobre las 21:00 h. y sobre las 22.00 llamó a su madre para comunicarle que tiene un dolor en el pecho que le llega al cuello, hombro y costado derecho, que le impedía respirar y le pidió que le recogiera para llevarlo al hospital.

Una vez en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), la reclamante solicitó al celador que le dejara pasar para hablar con el médico y explicarle la dolencia de su hijo, sin embargo se le indicó que debía esperar fuera.

Transcurrida media hora, la reclamante preguntó por el estado de su hijo en información y le comentaron que había sufrido una contractura muscular. Preguntó en reiteradas ocasiones que si le habían realizado alguna radiografía por su problema de espalda y le dijeron que le habían inyectado unos calmantes y que estaba sedado y tranquilo. Sobre las 00:30 h. volvió a preguntar por el estado de su hijo y le comentaron que estaba durmiendo y que le iban a dar el alta médica. Sobre la 01:00 h. volvió a preguntar y le comunicaron que ya tenía el alta. Su hijo al levantarse se mareó y se tuvo que acostar otra vez, por lo que la madre insistió en que le realizaran la radiografía pero le dijeron que ya tenía el alta y que estaba bien. Sobre la 01:30 h. salió en silla de ruedas con fatiga y mareo.

Una vez que llegó a casa de su hijo, éste le cuenta que tuvo que tumbarse en una camilla en el HUC porque no soportaba el dolor. Cuando llegó el médico y le preguntó por su dolencia él le comentó el dolor que padecía y que pensaba que podía ser una contractura del gimnasio. Le pusieron algunas inyecciones y el médico le dijo que era una contractura y que con el tratamiento y unos días de reposo se le quitaría. El causante le comentó que hacía cuatro meses le había dado una contractura pero no había sido así de fuerte y que estaba operado de la columna.

Pasados cuatro días de reposo y medicamentos continuaba estando dolorido, muy cansado, no se podía mover con facilidad. Su aspecto era de palidez y se mareaba al levantarse.

El sábado, 28 de marzo de 2009, sobre las 16:00 h. volvió al HUC. A la media hora, aproximadamente, salió una doctora y preguntó desde cuándo se encontraba en ese estado, respondió que desde el lunes anterior. La doctora se sorprendió porque acababan de sacarle dos litros de sangre del pulmón y había llegado con 170 pulsaciones por minuto y la tensión muy baja, y que estaba en estado crítico pero que debían de esperar a que el cirujano diera más información. Posteriormente, éste informó que estaba en observación, que tenía un drenaje en el pulmón y que lo iban a pasar a la UCI para intentar estabilizarlo y posteriormente hacerle un scanner para ver la razón del encharcamiento del pulmón. Una vez estabilizado, sus familiares lo encontraron tranquilo y consciente. A los pocos minutos volvió a salir el cirujano para comunicarles que no habían podido realizar el scanner porque había entrado en parada cardíaco-respiratoria y debían operarle. Una media hora después se les informó que ya le habían abierto y que creían que era un vaso roto y que al intentar obstruirlo se rompía, que estaba con ellos un cirujano torácico y que iban a tratar de localizar a un cirujano cardiovascular. Unos veinte minutos antes de comunicarles el fallecimiento, el cirujano cardiovascular ya había llegado y les comunicaron a los familiares que harían todo lo posible.

A la 01:00 h. salió todo el equipo que estaba operando para comunicar el fallecimiento. El equipo comentó que era posible que el vaso roto se debiera a una malformación congénita, la reclamante contestó que eso no era posible sino que se trataba de una negligencia médica ya que el lunes pasado su hijo había estado en Urgencias del HUC y que no le habían hecho ni una sola prueba ni una radiografía después de insistir en varias ocasiones, que el hijo estaba operado de la columna, que en su momento le habían hecho todo tipo de pruebas y no hubo ninguna anomalía, y que como consecuencia de la operación anterior había estado asistiendo a revisión”.

2. En resumen, la reclamante alega que el 23 de marzo de 2009, no asistieron adecuadamente a su hijo al no habersele practicado radiografía ni scanner, y haberle tratado exclusivamente con relajante muscular, no pudiendo advertir los facultativos por ello el vaso roto que de haberlo determinado podría haberse salvado la vida de su hijo. No correspondiéndose la gravedad de los síntomas padecidos con el diagnóstico

recibido en un primer momento por el causante (contractura muscular). La interesada considera la existencia de negligencia médica por el error de diagnóstico y consecuente fallecimiento del causante, por lo que reclama del SCS los daños morales causados, particularmente a la hija menor del fallecido, con la cantidad de 100.000 euros.

3. La reclamante ha propuesto en su escrito a efectos probatorios que se tome razón del expediente médico/historial clínico de su hijo, obrante en el HUC.

III

1. En relación a la tramitación procedimental, se observa que el procedimiento se inició con la reclamación presentada por la interesada ante el SCS, con registro de entrada el 10 de marzo de 2010.

2. El 17 de marzo de 2010, se notificó a la interesada requerimiento de subsanación y mejora de la reclamación presentada. El 26 de marzo de 2010, aquélla atendió oportunamente dicho requerimiento presentando la documentación, salvo declaratorio de herederos abintestato, presentado con posterioridad. Consta en el expediente acuerdo judicial de inscripción de la filiación no matrimonial del causante respecto a la menor, hija póstuma, de fecha 10 de diciembre de 2009.

3. El 29 de marzo de 2010, la reclamación fue admitida a trámite resolviéndose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, acordándose por el órgano instructor realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debía pronunciarse la Resolución que ponga fin al expediente y, entre ellos, la petición de informe a los Servicios correspondientes, en especial al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable, impulsándose de oficio la instrucción del procedimiento en todos sus trámites.

4. Particularmente, consta en el expediente la siguiente documental médica:

El 25 de julio de 2011, el Jefe de Sección de Servicio de Urgencias emitió informe en el que, entre otras, indica:

“ (...) después de realizar la anamnesis al paciente y la exploración física, el Médico no consideró que fuera necesario realizar otras pruebas de imagen para diagnosticar el dolor que presentaba el paciente (...) hombre joven, que realizaba ejercicio en un gimnasio de forma regular y que había sido operado de la columna en enero de 1995 (...) una radiografía no da información adicional relevante (...)”

posiblemente no se hubiera traducido en una imagen sugerente en la radiografía (...) este sangrado estaría en relación con la degeneración de la zona que se observó intraoperatoriamente, y que parecía corresponderse a una infección crónica (...) no puede decir que hubiera pasado de hacer una radiografía, o si el paciente no hubiera tardado cinco días en volver al Servicio de Urgencias (...) el sangrado fue motivado por una infección crónica del mediastino (...) ”.

En fecha 23 de octubre de 2012, el Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular emitió informe en virtud del cual parece no poder dar algún tipo de información referente a la asistencia que recibió el paciente tanto el 23 de marzo de 2009 como el 28 siguiente.

En fecha 25 de octubre de 2012, la Jefa de Sección de Cirugía Torácica, emitió informe bastante relevante al efecto, que particularmente indica:

« (...) en el punto segundo se refiere que el paciente el día 23 de marzo de 2009 a las 21 horas se encontraba bien, acudió al domicilio materno tras concluir su jornada laboral y hacer ejercicio en el gimnasio, esto último lo realizaba a diario por prescripción facultativa debido a una artrodesis posterolateral toracolumbar de columna el 23/01/95. Habiendo seguido revisiones clínicas y radiológicas en el servicio de Traumatología hasta el 31/enero/2006 en que fue dado de alta. Una hora más tarde, "el paciente presenta dolor en el pecho que le llegaba al cuello, hombro y costado derecho que le impedía la respiración, así mismo presentaba dificultad para hablar bien e impotencia en la voz. El dolor fue de inicio brusco y le produjo caída al suelo".

En el punto tercero se refiere la llegada al Servicio de Urgencias, donde entró caminando, así mismo se refiere a las conversaciones de la demandante con los celadores y personal de información. Refiere que a la 1:30 del 24/03/2009 es dado de alta, "saliendo en silla y con sensación de mareo".

En el punto cuarto refiere la llegada al domicilio y el relato del paciente sobre su estancia en urgencias, el primer tratamiento médico recibido y el tratamiento recomendado.

En el punto quinto refiere la evolución durante los 4 días siguientes habiendo realizado el reposo y el tratamiento médico indicado, que a pesar de dicho tratamiento el estado había empeorado, persistiendo la sensación de mareo, dolor e imposibilidad para levantarse.

En el punto sexto refiere la llegada al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias donde se le drena un hemotórax, el traslado a UVI y el empeoramiento progresivo que impide realizar un TC y que precisa intervención quirúrgica urgente.

En el punto séptimo se refiere a la 1:00 del 29/03/2009 donde se les comunica el fallecimiento.

Sobre lo arriba mencionado:

Se trata de un paciente varón de 30 años de edad que acude al Servicio de Urgencias dolor interescapular que se irradia al cuello y hemitórax derecho el día 23 de marzo de 2009, estando previamente bien, y habiendo estado trabajando y haciendo ejercicio con normalidad hasta unas horas antes. Como antecedentes tenía una artrodesis posterolateral toracolumbar de columna el 23/01/95. Habiendo seguido revisiones clínicas y radiológicas en el servicio de Traumatología hasta el 31/enero/2006 en que "fue dado de alta, como consta en la historia clínica del paciente. La artrodesis de columna se llevó a cabo por escoliosis congénita.

A su llegada al Servicio de Urgencias es atendido clínicamente y se le administra un tratamiento, por los datos referidos por el demandante se debió tratar de analgésicos y relajantes musculares, no dispongo de informe del Servicio de Urgencias de dicho día, por lo que tampoco dispongo de exploración física del paciente. No hay estudio radiológico ni analítico de este día.

Ante el empeoramiento en su domicilio acuden de nuevo al Servicio de Urgencias el día 28 de marzo, donde se atiende al paciente y se diagnostica de hemotórax, motivo por el que se inserta drenaje torácico en hemitórax derecho obteniendo un débito de 2300cc., La analítica del paciente mostraba ligera leucocitosis y anemia. Coagulación normal. Bioquímica normal. Troponina I normal. En este momento el paciente parece estabilizado y se contacta con el cirujano torácico, que ante la estabilidad clínica y hemodinámica se decide estudio con TC con objeto de filiar el sangrado. A la llegada a UVI se transfunden concentrados de hematíes.

De forma súbita presenta nuevo empeoramiento del estado general con mayor hemorragia, no siendo posible la realización del TC y siendo trasladado a quirófano donde se realiza una toracotomía derecha de urgencia obteniendo coágulos de sangre y sangre en aproximadamente 4 litros. No se aprecia punto de sangrado, pero se observa hematoma mediastínico supra e infraaóxicos. La apertura de la pleura mediastínica a nivel inferior solo muestra coágulos. A nivel superior un sangrado

activo. La ligadura de la vena ácigos se ve dificultada por tratarse de tejido muy friable que se desgarra, no consiguiendo cohibir la hemorragia. La cavidad torácica se ve rellena de un material de aspecto fungoide (informe quirúrgico). Finalmente se certifica el fallecimiento. Durante la intervención el paciente presenta varios episodios de disociación electromecánica. 11:50 parada cardíaca tras sangrado masivo de vasos mediastínicos (informe anestesia).

Respecto al punto 2.b.- ¿Qué circunstancias ocasionaron el cuadro hemorrágico que finalmente desembocó en éxitus?

Se trata pues de un paciente que sufre un hemotórax espontáneo, que no es posible solucionar en el campo quirúrgico. Por lo relatado parece haber habido sangrado activo que le llevó a la exanguinación y fallecimiento de vaso mediastínico ya sea la vena cava superior o la aorta. Por otra parte el material de aspecto fungoide que se encontró en el campo quirúrgico puede estar en relación con alguna infección de largo tiempo de duración, lo que concordaría con la friabilidad de los tejidos y la imposibilidad de suturarlos, así como una erosión larvada y continua que dificultaría su diagnóstico y ver su procedencia, al haberse llenado de coágulos.

Lo que se puede aseverar es que se trataba de un gran vaso mediastínico.

Respecto al punto 2.c.- ¿Puede afirmar que el cuadro clínico presentado en el Servicio de Urgencias en la fecha 23 de marzo de 2009, consistente en "dolor en columna dorsal que se irradia a zona interescapular, sin déficit sensitivo o motor, con episodios similares cuatro meses antes, en paciente de 30 años, sin antecedentes conocidos" se corresponde con la patología sobrevenida en la fecha 28 de marzo de 2009?

No se puede afirmar ni negar el que la sintomatología que presentaba el paciente el día 23 de marzo tenga relación con lo acontecido el 28 de marzo, ya que no dispongo de estudios radiológicos, ni analíticos ni la exploración que se debió de realizar en el Servicio de Urgencias y que debió de llevar el paciente en el informe de Urgencias (al no ingresar no está en su historia clínica y en ese momento no estaba informatizada la historia clínica).

Aunque parece lógico pensar, que al presentar una clínica brusca de dolor interescapular que no se resolvió con la analgesia que se había pautado y siendo portador de material en columna, podría haberse producido una rotura de vaso mediastínico, estando cohibido en un primer momento por coágulos. Al tener un

episodio similar 4 meses antes, apuntaría hacia una rotura diferida de un vaso mediastínico, que solo en el momento en que el sangrado deja de cohibirse por los coágulos y se abre la pleura mediastínica (posiblemente por la tensión de la sangre en mediastino), se produce el sangrado masivo (hemotórax) que lo lleva al fallecimiento. Por lo que todo lo arriba explicado podrían tener relación ambos cuadros (...) ».

El informe del Servicio de UVI, de 8 de abril de 2009, sobre el ingreso en urgencias del HUC, del causante el día 28 de marzo de 2009, que coincide con los partes de evolución del paciente (folio 164 y ss. del expediente), señala entre otros datos, lo siguiente:

“-Enfermedad actual- el paciente refiere dolor progresivo en zona dorsal alta, que se inició el pasado 23/3/09 acudiendo a Urgencias del HUC donde se le diagnostica de dorsalgia y se le da de alta con tratamiento analgésico (aporta informe).

El dolor no mejora, por lo que decide acudir nuevamente al Servicio de Urgencias, tras permanecer en observación más de una hora, avisan al Servicio de Guardia de Medicina Intensiva por empeoramiento del estado general.

-Evolución- (...) por lo que se solicita urgentemente una radiografía de tórax portátil apreciándose un derrame pleural masivo (...)

-Juicio diagnóstico- hemotórax derecho masivo; shock hemorrágico refractorio; exitus”.

Con fecha 24 de enero de 2014, se realizó el informe requerido del Servicio de Inspección y Prestaciones, que entre otras cuestiones indica:

« • El 7 de octubre de 2008, acude a atención primaria refiriendo, desde hacía cuatro días, dolor escapular que habla ido aumentando. Había tomado analgésicos con buena respuesta. Se le diagnostica contractura muscular. Se le pauta reposo, calor local y tratamiento farmacológico. El mismo día, acude por la tarde a su médico de atención primaria, quien le volvió a explorar anotando, "contractura importante cervicabragial P". Lo remite a la mutua para seguimiento.

• El 23 de marzo de 2009, acude al Servicio de Urgencias del HUC. Dorsalgia contractura muscular. Se le pauta tratamiento, enviándole a su domicilio.

• El 28 de marzo de 2009, acude por persistencia del dolor. Se le realizan pruebas: Analítica de rutina, ECG, pruebas de coagulación, Rx. Diagnóstico: Derrame

pleural. El paciente quedó en observación, sufriendo un empeoramiento de su estado general, por lo que se avisó al Servicio de Medicina Intensiva que acudió a valorar al paciente. También acudió el cirujano general. Se procedió a colocar un tubo en tórax derecho produciéndose un drenaje. Tras el mismo se produjo una mejoría hemodinámica y respiratoria. Juicio Diagnóstico: Hemotórax derecho masivo.

- Se contacta con el cirujano torácico de guardia, trasladando al paciente al Servicio de Medicina Intensiva donde ingresó a las 19:30 h.

- A la hora de su ingreso, el paciente, de forma súbita y espontánea, presentó mayor inestabilidad hemodinámica, coincidiendo con mayor sangrado por los tubos de drenaje torácicos, por lo que se avisó al equipo quirúrgico de guardia, siendo intervenido a las 21.20. Se le realizó una toracotomía derecha. Juicio Diagnóstico: Hemotórax derecho masivo. Shock hemorrágico refractario. Exitus.

- Se solicitó a la familia necropsia del paciente. Solicitud que fue denegada.

Por lo que, el Servicio de Inspección y Prestaciones concluye que:

« (...) se trataba de un paciente joven (30 años) que practicaba ejercicio y que había tenido un mismo episodio aproximadamente cuatro meses antes, que cedió con tratamiento médico.

Respecto a la sintomatología que presentaba, sólo consta en el informe de Urgencias, que presentaba un dolor en columna dorsal irradiado a zona ínterescapular. Este dolor puede deberse a un esfuerzo excesivo o a la adopción de una postura forzada o incorrecta para la espalda.

Sólo se recurre a pruebas complementarias cuando los resultados del interrogatorio o la exploración física determinan su conveniencia. Así, la AIICPR (Agency for Huid) Caro Policy and Researeb) norteamericana no aconseja el estudio radiológico de entrada, a menos que el paciente presente unos signos de alarma o lleve más de cuatro semanas con dolor. Circunstancias que no se dieron en este caso. Por su parte, la Guía Clínica de Atención Primaria no considera necesarias las pruebas de imagen desde el principio, salvo en los casos en los que exista un traumatismo previo (...) . De cualquier forma, en el informe de urgencias que se le entrega al paciente se refleja que "al paciente se le da el alta porque no parece necesaria su permanencia en este centro. No obstante, si empeora o surge alguna complicación debe volver a este Centro".

El sangrado detectado en el paciente, cinco días después, cuando acude nuevamente al centro de asistencia hospitalaria, si inicialmente se produjo hacia el mediastino posiblemente no se hubiera traducido en una imagen sugerente en la radiografía (extracto del informe del Jefe de Sección del Servicio de Urgencias) y habría que añadir que, en los hemotórax, inicialmente, suelen pasar desapercibidas en las radiografías, pequeñas cantidades de sangre.

En conclusión, no se puede aseverar que la sintomatología que presentaba el paciente, la primera vez que acudió a Urgencias, se correspondiera con el cuadro de días después haciendo referencia a un extracto del informe del Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular: es absolutamente imposible determinar con certeza científica las circunstancias que pudieron ocasionar el cuadro hemorrágico en el que se vieron implicados varios vasos y que no pudo controlarse quirúrgicamente y desembocó en exitus. La imposibilidad de haber practicado la necropsia, ha impedido conocer la causa de la lesión responsable».

Por otra parte, se observa que en los documentos de la “Historia de Salud de Atención primaria” del paciente no consta registrada referencia alguna a las actuaciones relativas a la asistencia que recibió el causante por el SCS con posterioridad al día 7 de octubre de 2008, fecha esta última en la que fue diagnosticado de contractura muscular por primera vez.

En relación a la asistencia recibida por el paciente el 23 de marzo, sólo consta copia del informe médico del Servicio de Urgencias (folio 132 del expediente), manuscrito y bastante escueto, en cuyo resumen de la exploración clínica y exploraciones complementarias se dice: “ (...) refiere dolor en col. dorsal que se irradia a zona interescapular (mismo episodio) hace 4 meses. No déficit sensitivo o motor” (sic). Asimismo, el apartado “diagnóstico” aparece en blanco y en “comentario y/o tratamiento” se dice “analgesia o ((...) ilegible)”, y continúa diciendo “Dorsal ((...) ilegible)”, “contractura/musc ((...) ilegible)”, concluyendo con la fecha, firma y número de colegiado. Pese a la obligación del centro hospitalario de conservar la documentación clínica como mínimo durante 5 años (la reclamación se presentó dentro del año siguiente al fallecimiento) por mandato de lo dispuesto en el art. 17.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, no existe en el expediente informe de enfermería del Servicio de Urgencias con los datos básicos obtenidos en la exploración clínica

realizada como la temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial o respiración, ni de exploración o medio de diagnóstico complementarios.

5. Con fecha 4 de abril de 2014, se dicta Acuerdo probatorio, admitiendo las pruebas documentales propuestas. Se notifica a la interesada con fecha 15 de abril 2014. Posteriormente, con fecha 2 de mayo de 2014, se concede trámite de audiencia, que es notificado a la interesada el 7 de mayo de 2014. La interesada comparece en la Asesoría Jurídica del HUC, con fecha 15 de mayo de 2014, a fin de retirar copia de documentación obrante en el expediente. Finalmente, no presenta escrito de alegaciones ni documentación alguna.

6. El 20 de junio de 2014, se solicita informe preceptivo a la Asesoría Jurídica departamental; con fecha 13 de agosto de 2014, es registrado el requerido informe que, por lo demás, considera el borrador de Resolución desestimatoria, ajustada a Derecho.

7. Finalmente, en fecha 19 de agosto de 2014, se emitió la PR.

IV

1. La Propuesta de Resolución es de carácter desestimatorio, al considerar el órgano instructor que no existe relación causal entre la asistencia sanitaria prestada y el fallecimiento del paciente. El daño no es antijurídico.

La imposibilidad de haber practicado la necropsia, ha impedido conocer la causa de la lesión. El informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular, de 23 de octubre de 2012 no puede informar sobre los motivos del cuadro hemorrágico al no existir estudio anatomopatológico postmortem.

El referido informe del Servicio de Urgencias, de fecha 25 de julio de 2011, apunta que el sangrado a la vista de las observaciones realizadas en quirófano, pudo ser motivado por infección crónica del mediastino, donde todas las estructuras vasculares estaban seriamente comprometidas, impidiendo así el tratamiento quirúrgico adecuado. Lo mismo concluye el informe de Cirugía Torácica, de 25 de octubre de 2012. Ningún especialista puede asegurar el motivo que provocó la hemorragia por ausencia de necropsia, sólo en el terreno especulativo puede indicarse que la hemorragia pudo deberse a una infección crónica que pudo generar la erosión vascular tardía.

Por lo que concluye que no es la asistencia de 23 de marzo de 2009, objeto de reclamación, la que causa el fallecimiento del paciente. Tampoco la omisión de pruebas es la que genera el daño o permite que éste ocurra ya que, como se ha indicado con anterioridad, la realización de radiografías tampoco hubiera detectado pequeñas cantidades de sangre. El hemotórax surge de forma espontánea y súbita y cuando ocurre ya no puede impedirse el fatal desenlace. Por este motivo, no existe una relación causal entre la asistencia prestada el 23 de marzo y el fallecimiento del paciente.

2. El funcionamiento del servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. Por ello, la obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste así en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Como señala, entre otras, la STS de 30 de octubre de 2007, cuando de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se trata, no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *Lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la salud del paciente. De este modo, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados.

En lo que ahora interesa, y de acuerdo con reiterada jurisprudencia (SSTS de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, 4 y 12 de julio de 2007, 24 de noviembre de 2009, 27 de septiembre de 2011, 2 de enero de 2012) la privación de expectativas en que consiste la denominada “pérdida de oportunidad” constituye igualmente un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la Medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias.

3. Sin embargo, lo cierto que es que de los diversos informes médicos obrantes en el expediente se observa que el paciente fue asistido el 23 de marzo de 2009 en el Servicio de Urgencias del HUC por sufrir síntomas de dolor en el pecho que le llegaron al cuello, hombro y costado derecho y que le impidieron la respiración normal, presentando dificultad para hablar bien e impotencia en la voz, siendo el dolor de inicio brusco que le produjo caída al suelo. Hecho que ha sido demostrado por la reclamante sin que haya podido ser desvirtuado por el SCS al no constar informe médico pertinente sobre la asistencia recibida en dicho día, salvo el parte de asistencia del 23 de marzo de 2009, en el que se determina en el resumen de la exploración *“dolor en col. dorsal que se irradia a zona interescapular (mismo episodio) hace 4 meses (...)”* constando en el motivo de la consulta *“dorsalgia”*. Por lo que se ha llegado a confirmar que el causante, el referido día recibió asistencia médica en el Servicio de Urgencias del HUC por los fuertes dolores padecidos sin que se le hubiere realizado radiografía alguna como consecuencia de la exploración física y sufrimiento manifestado, en especial dados sus antecedentes como portador de material en la columna y cuando al recibir el alta el paciente se encontraba con mareos y fatiga, debiendo salir del centro hospitalario en silla de ruedas.

Desde luego, no es normal que un paciente joven y sano, como afirma el SIP, salga con tales síntomas del hospital sin habersele realizado exploración complementaria alguna, teniendo en cuenta sus antecedentes. Consecuentemente, la atención recibida ese día fue muy superficial, sin realización de pruebas complementarias para descartar otras patologías distintas a la diagnosticada, a tenor de los antecedentes y síntomas que presentaba el paciente al recibir el alta, lo que se confirma por lo escueto del informe de Urgencias y la ausencia de otra documentación que acredite con detalle la exploración realizada y los medios empleados.

También se ha acreditado, mediante la historia clínica del paciente, que el día 31 de enero de 2006, recibió el alta médica por la artrodesis posterolateral toracolumbar de columna por la que fue asistido el 23 de enero de 1995, asistiendo a continuas revisiones clínicas y radiológicas en el Servicio de Traumatología. Este dato clínico confirma que el paciente ya había recibido el alta referida a dicho diagnóstico y que por lo tanto, se presume que en el año 2008 en el que fue diagnosticado de contractura muscular así como el 23 de marzo de 2009 –tres años más tarde del alta– al causante dados sus últimos dolores se le tendría que haber prestado una asistencia más precisa, pues sus antecedentes son relevantes en dicho aspecto.

Llama la atención que en ninguno de los informes médicos incorporados al expediente los facultativos que los emiten hayan podido disponer del informe del Servicio de Urgencias del 23 de marzo de 2009, lo que parece impedirles manifestarse sobre la exploración física del paciente practicada en dicho día. Sin embargo, todos ellos coinciden en que no se le realizó estudio radiológico ni analítico.

Una vez en el Servicio de Urgencias, el día 28 de marzo de 2009, al paciente se le diagnosticó de hemotórax, motivo por el que se le insertó drenaje torácico en hemitórax derecho obteniendo un débito de 2300cc. La analítica del paciente mostró ligera leucocitosis y anemia. Coagulación normal. Bioquímica normal. Troponina I normal. En el momento en el que el paciente parecía estabilizado, se decidió practicar estudio con TC con objeto de filiar el sangrado. Sin embargo, debido al empeoramiento repentino del estado general del paciente con mayor hemorragia, no fue posible la realización del TC.

Por tanto, se confirma que la realización del TC era necesaria en el momento en el que el paciente estuvo estable para determinar un mejor diagnóstico, sin perjuicio de que no se pudiera finalmente realizar por las razones médicas expuestas. Ello demuestra que la asistencia médica recibida por el paciente días antes fue inadecuada, pues, de acuerdo con los medios e instrumentos existentes en el momento de los que disponía (radiografías, scanner, TC (...)) el facultativo que le asistió lo hizo inadecuadamente (no obran informes médicos que fundamenten su correcta o incorrecta actuación en dicho día), sin tener en cuenta los padecimientos que sufría el causante en dicho día (23 de marzo).

En cuanto al cuadro hemorrágico sufrido el día 28 de marzo por el causante, varios de los facultativos informantes coinciden al indicar que el origen del mismo estuvo en relación con alguna infección de largo tiempo de duración por la friabilidad de los tejidos y la imposibilidad de suturarlos así como una erosión larvada y continua que dificultaría su diagnóstico y ver su procedencia, al haberse llenado de coágulos, aseverando que se trataba de un gran vaso mediastínico.

Si bien los facultativos no llegan a confirmar que el diagnóstico del día 28 haya sido consecuencia de la asistencia médica recibida el día 23 anterior, por no haber dispuesto de estudios radiológicos, ni analíticos ni de exploración, según informe médico parecería lógico pensar que al presentar una clínica brusca de dolor interescapular, que no se resolvió con la analgesia que se le pautó al paciente y que además era portador de material en columna, podría haberse producido una rotura

de vaso mediastínico, estando cohibido en un primer momento por coágulos. Por lo que la facultativo informante claramente indica que al haber tenido el paciente un episodio similar 4 meses antes, ello apuntaría hacia una rotura diferida de un vaso mediastínico, que solo en el momento en que el sangrado deja de cohibirse por los coágulos y se abre la pleura mediastínica (posiblemente por la tensión de la sangre en mediastino), se produce el sangrado masivo (hemotórax) que lo lleva al fallecimiento. Por lo que todo lo arriba explicado podría tener relación con ambos cuadros.

4. En definitiva, para que un error de diagnóstico genere responsabilidad es necesario que no se haya aplicado el tratamiento adecuado al diagnóstico en atención a los medios disponibles, y que, en este caso, tendría que haber determinado el facultativo que le asistió en un primer momento. Por ello, en el presente caso se considera la existencia de pérdida de oportunidad del diagnóstico por el que debió haberse tratado al enfermo, con una posible alternativa de tratamiento, ya que si el facultativo hubiera actuado más diligentemente aquéllos no se habrían producido o, cuanto menos, los daños podrían haber sido menores, en su caso, por lo que se le puede imputar jurídicamente su causación. Por tanto, en el supuesto que nos ocupa, de la actuación médica observada se deriva un error de diagnóstico, y en consecuencia, pérdida de oportunidad, que podría haberse evitado si se hubiera actuado diligentemente practicando todas las técnicas médicas existentes adecuadas a los antecedentes y síntomas que padecía el paciente y que de haberse practicado dichas pruebas el tratamiento habría sido distinto. Sin que ello, no obstante, nos pueda llevar a la conclusión de un resultado final cierto, favorable o no, en la enfermedad del paciente.

5. En cuanto a la intervención quirúrgica que se le practicó al paciente el 28 de marzo, ésta fue necesaria a los efectos velar por la vida del mismo. No pudiendo manifestarnos en el mismo sentido con respecto a la asistencia que recibió el paciente como mínimo el 23 de marzo, cuatro días antes del *éxitus*, pues al existir la posibilidad de haberse evitado el fallecimiento mediante la utilización de los medios e instrumentos médicos adecuados para la determinación de un diagnóstico acertado (scanner, radiografía (...)) y no haberse practicado (sin haberse determinado por el facultativo que le asistió la razón médica que lo justifique) sin duda supone la existencia de una asistencia médica inadecuada tal y como aduce la reclamante.

En resumen, al no haberse prestado la debida asistencia de acuerdo con las circunstancias del afectado, -esto es, sin practicar las pruebas o exploraciones oportunas y adecuadas en atención a los medios, antecedentes y síntomas-, se concluye que no se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, debiendo indemnizar a los familiares del fallecido, por los daños morales soportados.

6. Por todo ello, con base en los arts. 139.1 y 2 y 141.1 LRJAP-PAC, se considera que procede estimar en parte la pretensión resarcitoria, esto es, no en la cantidad señalada por la interesada sino en aplicación de lo que la Jurisprudencia ha establecido sobre el daño moral al supuesto que nos ocupa (por todas, STS de 2 de enero de 2012), en el sentido de que la valoración del daño moral se ha de efectuar mediante una apreciación global, dentro de los límites de una apreciación racional, y ponderando las circunstancias particulares del supuesto planteado. En todo caso, es evidente el daño moral causado, particularmente a la hija del causante.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho. Procede indemnizar a los familiares por los daños morales sufridos.