



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 8 6 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 31 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 (...), en nombre y representación de (...) y (...), por el fallecimiento de (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 362/2014 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 del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución (PR) de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS), por el fallecimiento de (...), madre de las interesadas, que alegan causado por la asistencia sanitaria prestada por el citado Organismo autónomo.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), estando legitimada para solicitarla la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. Los hechos alegados en el escrito de reclamación son los siguientes:

El 20 de diciembre de 2008, la afectada ingresó en el Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín, con diagnóstico cuadro de infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca izquierda descompensada e insuficiencia renal secundaria, ingresando en cuidados intensivos y posteriormente asistida en la planta de cardiología.

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

El 9 de enero de 2009, se le practicó cateterismo cardiaco encontrando enfermedad en la descendente anterior con afectación de la diagonal y en la arteria coronaria derecha, y al colocársele dos stent se complicó con shock comprobándose rotura de la arteria iliolumbar que se embolizó el 11 de enero de 2009. Falleció esa noche por insuficiencia renal, fallo multiorgánico y coagulación intravascular diseminada.

Por tales razones, las interesadas entienden que el funcionamiento del servicio ha sido deficiente y solicitan al SCS una indemnización sin determinar cuantía haciendo reserva de dicho derecho para su ejercicio en momento posterior.

4. Son de aplicación tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el 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). Igualmente, son aplicables la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; el Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, y demás disposiciones pertinentes sobre la materia.

II

1. El procedimiento comenzó con la presentación del escrito de reclamación el 27 de julio de 2009.

En fecha 29 de julio de 2009, la Secretaría General del SCS requiere de las interesadas subsanación y mejora de la reclamación, que fueron atendidas oportunamente el 17 de septiembre de 2009, mediante la aportación de fotocopia compulsada del DNI y del libro de familia, así como certificación registral de defunción; por otra parte, en el escrito presentado no cuantifican el daño soportado sin perjuicio de la reserva expresa para determinarlo en momento posterior.

2. El 23 de septiembre de 2009, la Secretaría General del SCS emitió Resolución mediante la que admitió a trámite la reclamación presentada; asimismo, solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) del SCS para que, de acuerdo con la historia clínica y demás informes del Servicio presuntamente causante del daño, valorase la existencia o no de relación de causalidad, quedando suspendido el procedimiento por el tiempo que mediere entre la solicitud del referido informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por el tiempo máximo de tres meses.

Tras haberse reiterado por la instrucción del procedimiento la solicitud del informe al SIP (11 de mayo y 25 de noviembre de 2010, 4 de febrero, 14 de abril, 5 de octubre y 30 de noviembre de 2011, 14 de marzo, 4 de septiembre, y 19 de octubre de 2012), éste se obtuvo el 17 de julio de 2013, al que acompaña copia de la historia clínica de la paciente, informes del Servicio de Cardiología de fecha 11 de diciembre de 2009, 20 de abril de 2011 y 1 de julio de 2013, documentos procedentes del Hospital Dr. Negrín, así como escrito de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria.

3. El 4 de septiembre de 2013, el Director del SCS acordó la apertura del periodo probatorio, admitiendo a dichos efectos la documental propuesta por el representante de las reclamantes, así como la documental obrante en el expediente, consistente, particularmente, en informes médicos y del SIP, notificándolo oportunamente a las partes interesadas. Igualmente, se notificó la Resolución sobre la conclusión de la fase probatoria.

4. En fecha 24 de enero de 2014, la Directora del SCS emitió Acuerdo de apertura del trámite de vista y audiencia del expediente, sin que, notificado correctamente el 28 de enero de 2014, por las interesadas se formularan alegaciones.

5. El 23 de julio de 2014, se elaboró la Propuesta de Resolución por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, que fue informada favorablemente por la Asesoría Jurídica departamental el 2 de septiembre de 2014.

6. Finalmente, el 15 de septiembre de 2009, se emitió la PR.

III

1. De los trámites practicados se verifican los siguientes hechos clínicos relacionados con la reclamación, particularmente de los Antecedentes del informe del SIP. Así:

El 20 de diciembre de 2008, la paciente de 73 años ingresó a las 20:54 horas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, fue trasladada en un recurso de soporte vital avanzado, por haber sido encontrada en su domicilio con bajo nivel de conciencia e hipoglucemia (33 mgr/dl), por lo que le administraron tratamiento durante el traslado. A su llegada presentaba: pupilas reactivas a la luz, Normotensa, FC (frecuencia cardiaca) normal, eupneica (respiración normal), roncus diseminados, edemas en partes declives, úlceras en MMII

(miembros inferiores), refiere tos y expectoración purulenta de 2-3 días asociada a disnea progresiva, no fiebre, no dolor torácico, vómitos anteriores.

Se le practicó radiografía de tórax, detectándose: cardiomegalia, DP bilateral, hilios congestivos, redistribución vascular.

Se le diagnosticó hipoglucemia, infección respiratoria, IC (insuficiencia cardiaca).

En consecuencia, la paciente fue asistida por la Unidad de Críticos del Servicio de Urgencias, desarrollando una hipotermia (33,4° C), donde permaneció hasta el día siguiente.

En fecha, 21 de diciembre de 2008, ingresó en el Servicio de Medicina Interna con el siguiente juicio clínico: hipoglucemia; fracaso renal agudo; neumonía espirativa; ICC. A su ingreso presentó vómitos, aumento de la disnea con trabajo respiratorio y escasa diuresis. En la exploración presentó: TA 90/30; FC 90 lpm, saturación 98%, afebril, y bien perfundida. Auscultación: crepitantes hasta campos medios. Abdomen: blando, globuloso, depresible, no doloroso, RMA +. Edemas en MMII. Se practicaron las siguientes pruebas complementarias; Rx tórax, resultando tórax hipoventilado que muestra desflecamiento de hilios e infiltrados centrales con signos de ICC. Leve derrame pleural bibasal. Calcificación aórtica; ECG (electrocardiograma) con descenso ST-T cara lateral; Analítica, determinándose Hb 8,6; Cr 2,6; U 180; K 5,6; aumento de enzimas cardíacas.

Durante la estancia de la paciente en el citado Hospital desarrolló fiebre de 38,2°C, por lo que se solicitó hemocultivo X 3. Se decidió solicitar valoración y realización de ecocardiograma urgente por parte del servicio de cardiología. El resultado del ecocardiograma realizado por cardiólogo fue buena función VI global con hipokinesia postero-basal, A1 dilatada; IAo ligera; IM ligera; Ligero derrame pericárdico (sin compromiso). Resultando como diagnóstico: SCASEST (Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación ST), ICC (Insuficiencia Cardíaca Congestiva), insuficiencia renal.

La situación clínica de la paciente se fue deteriorando con aumento del trabajo respiratorio, crepitantes y sibilantes en todos los campos pulmonares, la TA persistía en 90/30, FC 95 lpm, la saturación de oxígeno oscilando (con bajadas por debajo de 90), anemización en 24 horas sin demostrarse sangrado evidente. Debido a la tórpida evolución, a la 01:00 h. del día 22 de diciembre de 2008, la paciente es trasladada a reanimación ante la inexistencia de camas disponibles en la UMI.

El día 22 de diciembre de 2008, la paciente fue ingresada en reanimación colocándole una vía central yugular, se le transfundieron dos concentrados de hematíes. En la exploración: consciente, lúcida y orientada. Buena coloración. Auscultación: auscultación cardiaca dificultada por los estertores pulmonares, roncocal y sibilancias generalizados en ambos pulmones: hipofonesis bibasal; abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho con dudosa irritación peritoneal. No masas ni megalias. Se solicitó Rx de tórax, determinándose una discreta pérdida de volumen en relación a la placa previa del día anterior, persisten los signos de ICC, colocación de vía central yugular derecha con extremo en vena cava superior. A las 18:00 horas la paciente fue trasladada consciente y orientada, alerta, con taquipnea superficial sin tiraje, acidosis respiratoria en gases arteriales y hemodinámicamente precisa soporte vasoactivo. En la auscultación cardiopulmonar presentó hipofonesis bibasal (más en hemitórax izquierdo), ruidos de secreciones en vía aérea superior. Presenta un abdomen globuloso, blando, depresible sin signos de irritación peritoneal y no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Resultando el juicio clínico: SCASEST, ICC, shock cardiogénico vs séptico (origen respiratorio?), fracaso renal agudo.

El día 23 de diciembre de 2008, la paciente es valorada por el cardiólogo que indica que se debería diferir el cateterismo cuando la paciente recupere la función renal y mejoría clínica, salvo que empeore o requiera reinicio de catecolaminas. Por su parte, el cirujano vascular determinó existencia de úlceras en ambos MMII, no datos de infección. El juicio diagnóstico es de IVC (insuficiencia venosa crónica) grado C6 CEAP MMII.

El día 24 de diciembre de 2008, la paciente presentó una mejoría clínica, estaba estable hemodinámicamente, con buena diuresis forzada, inició tolerancia oral y comenzó la sedestación en sillón. Los días siguientes 25, 26 27 y 28 de diciembre continuó con buena evolución, aunque no pudo ser trasladada al Servicio de Cardiología hasta el día 29 de diciembre, fecha en la que ingresó a la paciente en el citado Servicio, encontrándose consciente, orientada y colaboradora, realizándosele pruebas (ecocardiograma, controles analíticos, etc.) y se le solicitó cateterismo. Durante su estancia, las úlceras que sufría la paciente persistieron con realización de curas y seguimiento por cirujano vascular (se utilizó la escala de valoración del riesgo de Braden-Beip-tront, obteniendo puntuaciones de riesgo moderado, alto y bajo riesgo a lo largo de días), afebril, estable clínica y hemodinámicamente, mejoró el cuadro de disnea y la auscultación pulmonar más limpia (no estertores) y menos

crepitantes, no dolor torácico, deambulaba con ayuda. Por lo que el día 5 de enero de 2009 se le realizó el ecocardiograma cuyo resultado fue función global conservada del VI (ventrículo izquierdo) con aquinesia inferior medio-basal, (insuficiencia mitra) ligera. Esclerosis VA (válvula aórtica). No derrame pericárdico.

El día 9 de enero de 2009, dada la estabilidad clínica y hemodinámica de la paciente, y realizado el ecocardiograma se procedió con el cateterismo cardiaco diagnóstico y terapéutico, firmando la afectada los correspondientes consentimientos informados (cateterismo cardiaco diagnóstico y cateterismo terapéutico coronario). El procedimiento se realizó vía femoral derecha, encontrando enfermedad de dos vasos coronarios: CD (coronaria derecha), por lo que se procedió a la colocación de un stent con buen resultado, DA (descendente anterior) afectando a diagonal. Se colocó otro stent en la DA y se realizó angioplastia a la diagonal, con buen resultado final. Se le realizó vendaje compresivo sobre la zona de entrada.

El día 10 de enero de 2009, la paciente entró en hipotensión arterial (80/50 mm Hg.). El ECG no mostró cambios respecto a previos y el ecocardiograma muestra buena función VI, no nuevas alteraciones segmentarias, muy ligero derrame pericárdico. Se le pauta tratamiento, recuperando la presión arterial 120/60 mm Hg. En analítica postcateterismo presentó un descenso de la hemoglobina, encontrando en la exploración un mínimo hematoma femoral no complicado. Se le transfundieron dos concentrados de hematíes.

El día 11 de enero de 2009, sobre las 06:30 horas, presentó nuevamente hipotensión que remontó con tratamiento hasta 110/70 mm Hg, encontrándose la paciente somnolienta, sudorosa, taquicárdica y con dolor torácico. La saturación O₂ es del 98% con mascarilla reservorio. Ligero deterioro de la función renal. Se le realizó eco urgente que muestra la presencia de mínimo derrame pericárdico, sin compromiso hemodinámico, similar a previos. Se le solicitó TAC abdominal urgente con sospecha de sangrado, cuyo resultado, en resumen, fue gran hematoma retroperitoneal de 23,3 cm X 13,6 cm X 12,8 cm, que se extiende desde la región inguinal derecha ascendiendo por el espacio pararenal posterior y se detiene a la altura del espacio subhepática. Se acompaña de desplazamiento antero-medial del riñón derecho sin producir signos de obstrucción en la vía urinaria; pequeña cantidad de líquido libre perirrenal caudal al riñón derecho. Moderada cantidad de líquido libre en el espacio de Douglas; derrame plural bilateral de predominio derecho en pequeña cuantía con atelectasia segmentaria compresiva del lóbulo inferior derecho; lámina milimétrica de derrame pericárdico tapizando el ventrículo izquierdo;

suprarrenales aumentadas de tamaño, de morfología conservada, sugestivas de hiperplasia.

Ante el hallazgo, intervino Radiología Vascular Intervencionista, mediante abordaje femoral izquierdo, realizando aortograma y arteriografía del sector iliaco, observando un sangrado activo de la arteria iliolumbar derecha, un pseudoaneurisma en la femoral común ipsilateral y una estenosis de la arteria renal derecha. Se procedió a embolizar la arteria iliolumbar sangrante. Durante el procedimiento la paciente permaneció hemodinámicamente estable (dopamina). Comenzó con deterioro respiratorio, pausas de apnea, disminución del nivel de consciencia, palidez cutáneomucosa y signos de hipoperfusión. Se procedió a IOT y transfusión de hematíes. La paciente es ingresada en la UMI, continuando con el soporte hemodinámico y las transfusiones (concentrados hematíes, plasma y plaquetas). Su evolución fue: shock hipovolémico, oligoanuria, anemia aguda, alteraciones de la coagulación y trombocitopenia. Valorada por cirujano vascular la realización de una corrección de coagulopatía. La inestabilidad hemodinámica persistió a pesar del tratamiento efectuado, progresando la coagulopatía de consumo y el fallo multiorgánico. Este deterioro de la situación de la paciente, impidió su traslado para la realización de un nuevo TAC abdominal, desestimándose la realización de una nueva arteriografía con el objeto de una eventual embolización, para hacer una corrección de la coagulación para una hemostasia efectiva. El fallo multiorgánico evolucionó al exitus letales.

Así, el 11 de enero de 2009, en el informe de *exitus* emitido por el Servicio de Medicina Intensiva, figuran los siguientes diagnósticos: IAM no Q, Killip IV; shock hemorrágico; Anemia aguda por hematoma retroperitoneal derecho; Insuficiencia renal aguda oligoanúrica; CID. 2ª; fallo multiorgánico; *exitus* letal.

2. Dichos Antecedentes coinciden con los demás informes médicos de la paciente, obrantes en la historia Clínica sobre la misma: lista de problemas (folios 194 y ss del expediente), notas clínicas (folios 197 y 209), órdenes de tratamiento, seguimiento de enfermería (folios 217 y ss.), analíticas, electros y demás pruebas practicadas.

3. Por otra parte, cabría hacer mención de los siguientes informes:

- El informe del SIP concluye:

« (...) la patología de la paciente requería la práctica de dicho procedimiento para comprobar su enfermedad y su posible solución, por tanto, el procedimiento estaba absolutamente indicado, pues en el ingreso de la paciente se había producido insuficiencia cardíaca izquierda (...) aumento de los marcadores de necrosis miocárdica (...) la punción femoral, como vía de acceso, es la técnica más ampliamente utilizada para realizar el cateterismo cardíaco (...) las posibles complicaciones de los procedimientos practicados eran conocidas por la paciente mediante los consentimientos informados firmados por ella para cateterismo cardíaco diagnóstico y cateterismo terapéutico coronario. Entre las complicaciones graves, se señala hemorragia que necesita trasfusión y/o cirugía, arritmias severas que puedan requerir marcapasos, trombosis venosa arterial, infarto agudo de miocardio (3-5 %), disección y/o perforación coronaria que precisa pericardiocentesis y/o cirugía inmediata (2%), insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal aguda que puede requerir diálisis. El riesgo de muerte está en torno al 1%. En la hoja de informe clínico del cateterismo no se reflejan incidencias durante el proceso, por tanto, la complicación sufrida por la paciente, no responde a una mala praxis, sino a los riesgos del procedimiento invasivo al que se sometió y del que fue convenientemente informada (...) ».

- El informe del Jefe del Servicio de Cardiología, sobre el *exitus* de la afectada, indica:

“ (...) Paciente de 74 años de edad afectada de: obesidad e hipertensión arterial con politratamiento; D.mellitus de larga evolución y mal control metabólico; linfedema en EEII con úlceras crónicas bajo tratamiento antibiótico; ICC bajo politratamiento. Fue encontrada en domicilio en situación de coma el día 20 diciembre 08 siendo ingresada en Urgencias y posteriormente en Medicina Interna con diagnóstico de: Hipoglucemia. Hipotermia (temp. De 33.4^oC). I.Renal aguda con creatinina de 2.6 mg/dl. Anemia de 8.6 gr/dl con plaquetas y coagulación normal. Neumonía aspirativa. Una vez en Medicina Interna, se objetivan signos de IC y SCASEST procediendo a solicitar ingreso en Unidad de UMI que no dispone de camas libres por lo que ingresa en Unidad de Reanimación el 22 diciembre de 2008 a las 01 horas. Precisa ventilación mecánica no invasiva drogas vasoactivas y transfusiones además de antibióticos al detectar fiebre con acidosis metabólica. Paso a UMI el día 23 de diciembre 2008.

La paciente permaneció en UMI hasta el día 29 de diciembre de 2008, siendo valorada por Cardiología y Cirugía Vascul. Se indicó tratamiento con ventilación

mecánica no invasiva, diuréticos, drogas vasoactivas y antibioterapia logrando estabilidad hemodinámica y fue alta a la planta de Cardiología con diagnóstico adicional de IAM no Q con ICC.

Una vez en planta de Cardiología fue valorada exhaustivamente con analíticas repetidas, ecocardiografía y tratamiento que incluía nefroprotección indicándose cateterismo cardíaco.

El día 9 de enero de 2009, se realizó cateterismo cardíaco que mostró: enfermedad coronaria severa con oclusión subtotal de CD y estenosis severa en DA y Dg. Se practicó revascularización percutánea con stent (TAXUS) a CD, stent (CYPHER) a DA y ATC a Dg con buen resultado final y estable al salir del Laboratorio.

El día 10 de enero de 2009, se observó anemia con Hgb de 8.5 gr/dl (basal 10.7 gr/dl) y mínimo hematoma femoral procediéndose a transfusión de concentrado de hematíes.

El 11 de enero de 2009 a las 6h 30' presentó dolor torácico y fue evaluada por Cardiología y UMI que objetivó hipotensión arterial y taquicardia sinusal con anemia de 8.9 gr/dl de hemoglobina pese a las transfusiones previas. Se realizó ecocardiografía urgente que descartó complicaciones cardíacas y se solicitó TAC abdominal urgente que puso de manifiesto la presencia de Hematoma retroperitoneal (23-13-12 cm) y fue derivada inmediatamente a Rx.Vascular para cateterismo vascular Urgente.

La aortografía y arteriografía iliaca mostró: sangrado activo desde arteria iliolumbar derecha y pseudoaneurisma de femoral común ipsolateral. Se procedió a embolización de arteria iliolumbar con buen resultado morfológico y fue ingresada en UMI a las 13 horas del 11 enero de 2009 en situación de shock y con parámetros de I.Renal, y CID.

Se procedió a: IOT y ventilación mecánica, infusión de noradrenalina y dopamina politransfusiones, infusión de factores plasmáticos y complejo protrombínico. Intento sin éxito de colocación de catéter de alto flujo para hemofiltración.

Reevaluación por Rx.Vascular que desestimó nuevas intervenciones dada la refractariedad de la coagulopatía.

- El informe de cardiología indica:

« (...) Paciente mujer de 73 años, obesa, DM tipo 2 de larga evolución y mal controlada (HbAc 10%), HTA, Insuficiencia cardíaca previa, insuficiencia venosa en EEII.

Es encontrada en casa con disminución de nivel de conciencia y fiebre por lo que se remite al Servicio de Urgencias. Ingresa con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva, fracaso renal agudo, neumonía probablemente, aspirativa e hiperglucemia.

La analítica a su ingreso (2042-2008) muestra una Hg de 8.6, Cr de 2.56 mg/dl con K 5.6 meg.

En la evolución ulterior se objetiva elevación de marcadores de necrosis miocárdica y BNP de 3000 pg/ml y fiebre de 38,2°. Dada la mala evolución es ingresada en el Servicio de Reanimación el 22.12.2008 a la 1 h donde se acepta los diagnósticos previos al que se añade anemización sin foco de sangrado objetivable. Del Servicio de Reanimación pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos manteniéndose los diagnósticos previos y añadiéndose situación de shock séptico. Con los cuidados adecuados mejora de forma ostensible pasando a Cardiología el 30 de diciembre de 2008.

Se le realizó Eco TT objetivándose VI no dilatado con función global conservada y a kinesiología inferior. Resto dentro de la normalidad. Dado el cuadro clínico se solicitó cateterismo cardíaco diagnóstico y terapéutico si procediera, que la paciente acepta firmando ambos consentimientos.

Se realiza el día 9.01.2009 el cateterismo cardíaco que objetiva lesión severa en DA 1/3 medio que afecta a Diagonal. Cx sin lesiones con cc a CD. CD subtotal en 1/3 medio. VI no realizado por la insuficiencia renal. Se realiza ATC Stent Taxus 2.2 x 20 a CD eficaz. Se realiza stent directo Cypher a DA y ATC a Dg a través del Strud con buen resultado final. Arteriografía femoral mostró punción en femoral derecha común sin signos de sangrado u otra alteración.

Fue valorada por hipotensión arterial transitoria con EKG, Ecocardiograma y exploración incluido abdomen negativo.

El día 10.01.2009 la analítica post-cateterismo presenta Hb de 8.5.

El día 11.01.2009 avisan por dolor torácico, la paciente está obnubilada, sudorosa, taquicárdica, en situación de shock. El Eco abdominal de urgencia muestra gran hematoma retroperitoneal, pequeña cantidad de líquido peritoneal derecho por lo que se realiza arteriografía por parte del Servicio de Rx. vascular evidenciándose

sangrado de la arteria ileolumbar derecha que se emboliza como vaso responsable de la hemorragia (...)”.

4. En las imágenes obtenidas de las pruebas practicadas, el especialista de Cardiología informó que no existía indicio de que el sangrado de la arteria íleo lumbar derecha fuera la consecuencia de algún aspecto técnico del procedimiento. Por su parte, en el informe de Radiología Vasculación intervencionista concluyó que en las primeras 24 horas después de un procedimiento pueden surgir complicaciones pero que en este caso sería muy difícil la ruptura de dicha arteria mediante cualquier procedimiento mecánico y se debería sospechar hemorragia espontánea de arteria íleo-lumbar derecha como consecuencia del alto índice de antiagregación y anticoagulación que en ese momento tenía la paciente.

5. Por otra parte, los documentos referidos a los consentimientos constan debidamente informados en los folios 153, 154, 155, 156, 157 y 158 del expediente.

IV

1. La PR desestima la reclamación formulada, pues el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Se recuerda que las Administraciones Públicas serán responsables de toda lesión que sufran los particulares en bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

En este caso, nos encontramos ante una prestación del servicio público en el ámbito sanitario, concretamente del SCS, al que las interesadas atribuyen el fallecimiento de su madre, sin especificar concretamente la realidad fáctica en que fundamentan su pretensión indemnizatoria, manifestando la ley aplicable y haciendo alusión al funcionamiento normal o anormal del servicio público y el fatal desenlace.

En todo caso, la Administración sanitaria ha soportado la carga de la prueba eficientemente llegando a demostrar el buen funcionamiento del citado Servicio en este caso, pues de los documentos obrantes en el expediente se desprende que la asistencia que la madre de las interesadas recibió por el SCS, como paciente del Hospital Universitario Doctor Negrín, se considera que se ajustó a la *lex artis* en todo momento. Particularmente, de los hechos clínicos, informes del servicio

presuntamente causante del daño e historia clínica y demás información médica adjunta al expediente.

2. La paciente, con anterioridad al 20 de diciembre de 2008, padecía de factores de riesgo cardiovascular elevados (obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipemia), según consta en el informe del Servicio de Cardiología antedicho y coincidiendo dicho dato en la historia clínica de la afectada.

Durante el ingreso de la paciente, los facultativos la asistieron debidamente, de acuerdo con los medios y técnicas conocidas hasta el momento, igualmente estuvo asistida por el Servicio de Cardiología, Unidad de Cuidados Intensivos, entre otras, de acuerdo con el diagnóstico recibido y padecido en cada momento. Igualmente, se realizaron las actuaciones médicas pertinentes para obtener la mejoría clínica de la paciente, incluso para practicarle el cateterismo recomendado según su estado de salud. Todo ello, indicado y confirmado en diversos informes y partes médicos citados.

Por la asistencia médica recibida por la paciente, se consiguió la mejoría y consecuente estabilización de la misma -"orientada, consciente y colaboradora"-, se le realizaron todas las pruebas necesarias para valorar su estado y se solicitó el referido cateterismo, y, tras ser informada de la necesidad de realizar el cateterismo, firmó el consentimiento informado con conocimiento de los posibles efectos desfavorables.

El propio informe del Servicio de Inspección y Prestaciones señaló que el procedimiento estaba "absolutamente indicado".

No consta probado por las reclamantes que durante la realización del cateterismo se produjera algún error atribuible al procedimiento quirúrgico. En todo caso, la paciente fue debidamente informada sobre los posibles riesgos de la intervención que se le practicó, concretamente sobre las posibles complicaciones hemorrágicas derivadas de la realización del cateterismo. Además, como se ha dicho, dicha intervención fue la indicada según su diagnóstico, practicándosele una vez lograda la estabilidad clínica y hemodinámica.

3. En definitiva, de acuerdo con la PR, de los informes médicos incorporados al expediente, del análisis de la historia clínica, del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones, entre otros, consideramos que, los antecedentes clínicos de la paciente demostraban un estado de salud algo delicado, pero que en todo caso los facultativos que la atendieron actuaron de acuerdo con el estado diagnóstico de

la misma, pues actuaron en todo momento conforme a la *lex artis*, poniendo a su disposición los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para lograr el restablecimiento de su salud, practicándole las pruebas médicas pertinentes para la mejoría de la salud, consiguiendo la estabilización clínica para acometer la realización del cateterismo que precisaba para resolver la insuficiencia cardiaca que padecía. Sin embargo, culminó con el fatal desenlace, sin que se haya trasladado al procedimiento prueba alguna que demuestre una *mala praxis* en la práctica de la intervención.

En relación con ello, dice la STS de 30 de abril de 2013:

« (...) en relación con lo previsto en el artículo 139 de la ley 30/1992 hay que decir que la jurisprudencia de esta Sala utiliza el criterio de la lex artis como delimitador de la normalidad de la asistencia sanitaria; así la sentencia de fecha 30 de septiembre de 2011 (RJ 2012/1034) cuando habla, citando otras sentencias anteriores, de que la responsabilidad de las administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente (...) ».

4. Se considera que no concurre relación causal entre el funcionamiento del servicio público concernido y el daño por el que se reclama, pues la asistencia sanitaria prestada fue en todo momento adecuada al diagnóstico verificado de la paciente, con antecedentes de riesgo cardiaco, sin que se infringiera la *lex artis*.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio se considera conforme a Derecho.