



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 157/2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de mayo de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 127/2016 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 12 de abril de 2016 (registrado de entrada de 15 de abril de 2016) es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de esta Comunidad Autónoma. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 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.

2. Sobre el presente procedimiento ha emitido este Consejo el Dictamen 146/2013, en virtud del cual se dicta la Propuesta de Resolución que ahora se somete a nuevo dictamen, dado que entonces concluíamos en la necesidad de retrotraer las actuaciones a fin de recabar nuevos informes y dar nueva audiencia a los interesados. Ello, en virtud de lo expresado en el Fundamento V.2 de aquel dictamen, donde se indicaba:

---

\* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

«No obstante las conclusiones y los razonamientos expresados en la Propuesta de Resolución, debemos señalar que se extraen los mismos del informe elaborado por el propio facultativo que atendió a la paciente y a cuya actuación se imputa la lesión indemnizable en el escrito de los reclamantes.

No es ello conforme a Derecho, pues si bien el recabar los informes de los facultativos que se estime oportuno es potestativo de la instrucción del procedimiento, a tenor del art. 10.1, segundo párrafo, del Reglamento aprobado por R.D. 429/1993, es preceptiva la emisión de informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, que en este caso es el Servicio de Urgencias, por lo que habrá de recabarse informe del jefe del mismo, no bastando informe del médico a cuya actuación se imputa la responsabilidad por los reclamantes.

Debe aclararse en el informe preceptivo del Servicio de Urgencias la incidencia probable que el diagnóstico temprano hubiera tenido en el desenlace de la patología de la paciente.

Asimismo, por haberse referido en el expediente la apreciación de determinados síntomas en la paciente propios de un ictus por el médico residente, no observados por el adjunto ni por el neurólogo (“se exploró la existencia o no de localización neurológica motora que orientase a un ictus como causa del sdr. confusional agudo y en ningún momento se evidenció dicho déficit motor (con la salvedad de la valoración del médico residente que describió una hemiparesia que no confirmó el adjunto ni el neurólogo de guardia”), debe también solicitarse informe del médico residente, cuyo nombre no se menciona en el expediente.

Finalmente, resulta conveniente la emisión de informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, no como un mero trámite formal vacío de contenido, lo que se ha producido en el presente expediente donde se limita a remitirse a los informes médicos existentes en el expediente, sino como informe en el que se valore la documentación que se ha recabado.

Con posteridad a la emisión de los informes referidos deberá acordarse nuevo trámite de audiencia, y se elaborará Propuesta de Resolución que se someterá nuevamente a Dictamen de este Consejo Consultivo».

## II

1. Como ya se dijera en el Dictamen 146/2013, en el presente caso se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...) y (...), al pretender el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera personal como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a su esposa y madre, respectivamente. En este procedimiento, los interesados actúan mediante representación debidamente acreditada.

Se cumple asimismo la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Por otra parte, se presentó la reclamación dentro del plazo establecido en los arts. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), y 4.2 RPAPRP, pues los interesados interpusieron aquel escrito el 5 de noviembre de 2010 en relación con un hecho producido el 1 de junio de 2010, fecha en la que se produce el fallecimiento de (...), esposa y madre, respectivamente, de los reclamantes.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

### III

1. En cuanto al objeto de la reclamación, nos remitimos a lo indicado en nuestro anterior dictamen solicitando una indemnización de 96.000 euros por los daños morales sufridos como consecuencia del referido proceso asistencial, si bien en momento posterior del escrito de reclamación se hace referencia a la cantidad de 62.965,42 euros.

2. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 LRJAP-PAC).

3. Constan en este procedimiento, además de las actuaciones realizadas con anterioridad y de las que se dio cuenta en nuestro Dictamen 146/2013, las siguientes:

- Por Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, nº 178, de 24 de mayo de 2013, se retrotrae el procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin solicitar los informes señalados en el DCC 146/2013. Ello se notifica a los interesados el 5 de junio de 2013.

- Tras recabar los informes oportunos, y con advertencia de la imposibilidad de recabar informe de la médico residente que atendió a la paciente por no trabajar ya en el centro hospitalario, se emite informe del Servicio de Inspección y Prestaciones el 7 de noviembre de 2014.

- Con fecha 11 de noviembre de 2014, se concede trámite de audiencia a los interesados, de lo que reciben notificación el 24 de noviembre de 2014. Aunque comparecen y retiran documentación el 2 de diciembre de 2014, no presentan alegaciones.

- El 11 de abril de 2016, se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la pretensión de los interesados, que es remitida a este Consejo Consultivo para ser dictaminada.

## IV

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima nuevamente la pretensión de los reclamantes, con los mismos fundamentos expresados en la Propuesta de Resolución que ya fue objeto de nuestro anterior dictamen, a los que ahora se añaden los derivados de la nueva documentación recabada a instancias de este Consejo.

2. Ciertamente, la nueva documentación que se ha incorporado al expediente viene a constatar la adecuación a la *lex artis ad hoc* de la actuación sanitaria.

Así, debe destacarse lo informado por el Servicio de Inspección y Prestaciones en virtud de la historia clínica de la paciente, tanto de Atención Primaria como del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, y de los informes emitidos por los Servicios de Medicina Interna, Urgencias, y Cardiología del Hospital Universitario, así como información facilitada por el Servicio de Neurología de este hospital e informe de la asistencia recibida en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Schamann, a donde fue trasladada la paciente en primera instancia desde su domicilio. Asimismo, se aporta información del servicio de transporte sanitario, que trasladó a la paciente.

A la vista de aquella información, el Servicio de Inspección y Prestaciones extrae distintas conclusiones, que conducen justificadamente a considerar que en cada momento la atención dispensada a la paciente se adecuó a la sintomatología presentada. Así, inicialmente se dirigió a su patología cardíaca, pues, como se señala en el referido informe:

«Partimos de una patología cardiológica diagnosticada 4 días antes de la demanda de la paciente en relación a la asistencia que nos ocupa. La paciente manifestaba disnea a medios esfuerzos y disconfort precordial, objetivándose en la valoración realizada por el Servicio de Cardiología FA (fibrilación auricular) y bloqueo de rama derecha».

En todo caso, se advierte, dado que la fibrilación auricular es conocida causa de ACV isquémico, que la medicación prescrita por el cardiólogo incluía tratamiento antiagregante plaquetario.

«La paciente se encontraba en la recogida en su domicilio consciente y orientada y la justificación del traslado al Centro de Salud fue "fatiga-sensación de desmayo, mareos y vómitos", "vómitos y malestar general", además se describe, durante el traslado, cefalea acompañada de una tensión arterial elevada 180/100 mmHg.

En relación a la focalidad neurológica no solo no consta entre los síntomas iniciales de alerta sino que además en la valoración médica en el Centro de Salud se concreta "no focalidad neurológica" destacando en esta asistencia la hiperglucemia y el dolor precordial que justifica su traslado al Servicio de Urgencias del Centro hospitalario.

Se describe en el Servicio de Urgencias hospitalario signos de insuficiencia cardíaca (disnea) que concuerdan con los resultados de la Rx de Tórax, ECG y elevación de proBNP. Por tanto, el diagnóstico de insuficiencia cardíaca no fue erróneo como indican los reclamantes.

Además, presentó fibrilación auricular (FA), que, repetimos, es una de las causas más frecuentes de ACV isquémico de origen cardioembólico, como posteriormente ocurrió. En el tratamiento protocolizado seguido se incluyó antiagregante plaquetario y medidas generales - válidos en el ACV isquémico-. La paciente continuaba sin focalidad neurológica presentando aisladamente desorientación».

Así pues, hasta este momento, en contra de lo afirmado por los reclamantes, dada la sintomatología de la paciente y los resultados de las pruebas realizadas, junto a los antecedentes de la paciente, es correcto el diagnóstico establecido, pero, en todo caso, ya se le había instaurado tratamiento anticoagulante.

Es el día 30 de mayo cuando, por vez primera, los síntomas que manifiesta la paciente orientan hacia otra patología. Así, como señala el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones:

«Es durante la madrugada del día 30 de mayo cuando la paciente aumenta su desorientación, y aunque compatible con cuadro confusional agudo, como así se expresa, se modifica el tratamiento en el sentido de control de factores de riesgo favorecedores de ACV y además se añade HF3PM (heparina de bajo peso molecular) a dosis anticoagulante y se aumenta la dosis del antiagregante ya pautado desde el ingreso, ambas terapias incluidas en el control del ACV. A pesar de lo anterior la paciente presentó focalidad neurológica que indicaba la realización de TAC donde se objetiva, a las 10:45 h, infarto cerebral en el territorio de la circulación cerebral de probable etiología cardioembólica, a pesar del tratamiento dirigido al control de su FA e IC con signos de expansividad y posterior transformación hemorrágica extensa.

Observamos que el control de los factores de riesgo para ACV, así como las medidas generales estuvieron presentes. En relación al tratamiento farmacológico, desde el inicio estaba presente el tratamiento antiagregante y posteriormente se añade el tratamiento anticoagulante mediante HBPM».

Aclara el Servicio de Inspección y Prestaciones que el ictus, en efecto, debe considerarse como urgencia de cara a valorar la indicación de la trombolisis por su estrecha ventana terapéutica (código ictus), y se deben controlar adecuadamente las variables relacionadas con el pronóstico, como la temperatura, respiración, TA y glucemia de cara a la neuroprotección no farmacológica. En el presente caso, previo al diagnóstico (TAC), ya se habían tomado las medidas mencionadas y, además, la paciente no era candidata a la trombolisis. Esto es, que de haber existido con anterioridad clínica de sospecha y derivado de ello la realización del TAC, a la paciente no se le hubiera realizado trombolisis. Se añade que una vez realizado el TAC se mantiene el tratamiento, que, por ende, era el que estaba indicado para el cuadro de la paciente. Hay, posteriormente, una conversión del ictus, de isquémico a hemorrágico, que es lo que unido a su localización concluye con el fallecimiento de la paciente.

Por ello, como también informa el Servicio de Urgencias a instancias de este Consejo Consultivo, «no es posible concluir que el resultado hubiese podido ser otro, dado que el tratamiento formal del ictus se estableció desde el día 29 de mayo de 2010, a las 24 horas y en cualquier caso no hubiese estado indicada la fibrinólisis».

A modo de conclusión, señala el Servicio de Inspección y Prestaciones:

«-En el caso que nos ocupa se interpretaron los síntomas de la paciente como un síndrome confusional agudo precipitado por la entrada en insuficiencia respiratoria aguda por insuficiencia cardíaca y el contexto estresante de su ambiente.

Como parte de la valoración clínica realizada se exploró la existencia o no de focalidad neurológica motora que orientase a un ictus como causa del sdr. confusional agudo y en ningún momento se evidenció dicho déficit motor (con la salvedad de la valoración del médico residente que describió una hemiparesia que no confirmó el adjunto ni el neurólogo de guardia). En este caso la paciente tenía una fibrilación auricular. Cuando esta arritmia provoca un ictus es más frecuente que este sea de territorio cortical, de presentación aguda y con déficit neurológico localizador. En un porcentaje menor puede embolizar al territorio vertebro-basilar, cuya presentación clínica es muy inespecífico en el valor de los síntomas y signos [defecto sensitivo o motor en los cuatro miembros, signos cruzados, ataxia, disartria, trastornos oculo-motores, amnesia, defectos campimétricos (...)].

En definitiva, aunque se consideraron todas las posibles causas de un sdr. confusional agudo, el ictus no parecía encontrarse entre las sospechas más considerables a tenor de la ausencia de focalidad neurológica motora y la inespecificidad del resto de los síntomas que tenía la paciente. De todo esto se informó con detalle al familiar de la paciente (con más detalle del habitual, dado que se identificó como personal sanitario y se entendió que lo podía comprender desde una información más técnica).

No obstante y por la consideración global de todo lo que le sucedía a la paciente se establecieron las modificaciones terapéuticas oportunas y que en este caso cubría de manera correcta todas las posibilidades del sdr. confusional agudo (incluyendo el tratamiento de un eventual ictus con antiagregación, anticoagulación a dosis plena y medidas generales de control de los factores de influencia (...)) e incluso se cubrió la también improbable posibilidad de que se tratase de un síndrome coronario agudo).

Tras establecer unos diagnósticos fundamentados, hacer las modificaciones terapéuticas y medidas de control e informar a la familia (...) queda observar cuál es la evolución de la clínica de la paciente y en función de ello ir modificando la actitud. Este es el correcto procedimiento llevado a cabo con la paciente. Con ello y tras horas de observación se estimó que el nivel de conciencia había dejado de ser fluctuante y se bajó y por ello, aún en ausencia de focalidad neurológica motora y dado que la mejoría del proceso respiratorio no presentaba influencia sobre el nivel de conciencia, con acierto e indicación se solicitó TAC de cráneo. En él se diagnostica ictus isquémico del territorio vértebra-basilar. Se realiza entonces interconsulta al neurólogo de guardia, que confirma el cuadro y de nuevo se informa a la familia».

Por todo lo expuesto, hemos de decir que en todo momento el diagnóstico fue acorde con la sintomatología presentada por la paciente, y, en todo caso, se pautó tratamiento para el eventual ictus, que finalmente fue diagnosticado dada la bajada del nivel de conciencia de la paciente, que llevó a la realización de TAC el día 30 de mayo.

En cuanto a la percepción de hemiparesia, como posible orientación al ictus a la que se hace referencia por la médica residente de neurología, requerida por el Servicio de Urgencias, cuyo informe no puede aportarse por no trabajar ya en el Hospital Universitario [Dra. (...)], se deriva de la documentación aportada que ello condujo, junto con el deterioro del nivel de conciencia de la paciente, en esa misma fecha, a la realización de TAC, y que en cualquier caso, se insiste, el eventual ictus isquémico que sería confirmado por el TAC venía siendo tratado con anticoagulantes profilácticamente, de manera que, como informó el Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario, el resultado hubiera sido el mismo en todo caso. A ello se une que el ictus posteriormente derivó a hemorrágico y se expandió, lo que condujo al fallecimiento de la paciente, a pesar de los tratamientos correctamente pautados.

Por tanto, y como se viene señalando por la jurisprudencia y se recoge por este Consejo reiteradamente, siendo la asistencia sanitaria una actividad de medios y no de resultados, la medida de la corrección de la actividad de la Administración sanitaria es la adecuación a la *lex artis ad hoc* en el sentido de la puesta a disposición del paciente de todos los medios diagnósticos y terapéuticos encaminados a la recuperación de la salud, pero no al logro de tal fin.

Por ello, la conexión entre el perjuicio sufrido y la actuación médica no genera *per se* responsabilidad de la Administración, mas que cuando ha habido mala *praxis*, lo que no ha ocurrido en el presente caso, en el que en todo momento se han puesto a disposición de la paciente los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados a la sintomatología que presentada, a pesar de lo que no pudo lograrse su curación.

Y es que, como se ha dicho, en el caso de la sanidad, especialmente en el ámbito de la medicina curativa, como actividad de medios, en muchos casos no se logra el resultado buscado o se logra con consecuencias no queridas pero necesarias, pues, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas para intentarlo.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados satisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido de que no exista un deber jurídico para aquellos de soportarlos, lo que no concurre en el presente caso, como se ha justificado, por lo que el daño por el que se reclama no le es imputable a la Administración.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, pues, no concurriendo los elementos necesarios para la imputación de responsabilidad a la Administración Sanitaria en cuanto a los daños por los que se reclama, procede desestimar la reclamación de (...), en nombre y representación de (...) y (...).