



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 15 de julio 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 su madre, (...), en calidad de tutora legal, como consecuencia del fallecimiento de (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 203/2016 IDS)\*.*

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

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado el 18 de marzo de 2014 por (...), en nombre y representación de su madre, (...), en el que reclama daños y perjuicios por la asistencia sanitaria prestada durante los primeros días de junio de 2013 a (...) en dependencias del Servicio Canario de la Salud, produciéndose finalmente su óbito.

2. La cuantía de la indemnización solicitada (105.133,53 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo según 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).

---

\* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva. La reclamación se presentó dentro del plazo que fija el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo que no es extemporánea.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, 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.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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 Autónoma, 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

5. Conforme al art. 13.3, 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, que en el presente procedimiento se ha superado con creces. 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 ley.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan, no habiéndose incurrido, pues, en defectos procedimentales que impidan un pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

## II

1. La reclamante funda su reclamación en el siguiente relato fáctico:

- Que el 31 de mayo de 2013, a las 13:30 horas, (...) acudió al Centro de Salud de Santa María de Guía al encontrarse mal. Tras el diagnóstico de disnea, es remitida al Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín en donde ingresó a las 14:09 horas. Se recomienda como tratamiento un control cardiológico y ecocardio.

- Que tras permanecer en el Centro Hospitalario Dr. Negrín por un período de tres horas y media, se emite informe a las 17:40 horas, haciéndose constar que la paciente está estable durante su estancia y se encuentra asintomática actualmente

por lo que no se considera necesario estudio cardiológico urgente, acudirá al cardiólogo en la fecha previstas, para el mes de noviembre de 2013.

- Que el 8 de junio de 2013, (...) ingresa en Urgencias del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, y tras permanecer durante cinco horas en el mencionado centro hospitalario se emite informe a las 01:15 del día 9 de junio de 2013 en el que se hace constar que el motivo de la consulta es sospecha de TVP en MID (trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho).

En este mismo informe de Urgencias consta que la paciente, de 48 años de edad, tiene antecedentes de TVP en MII (trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo) y que acude a Urgencias por dolor y sensación de empastamiento de MID de 1 semana de evolución. Además, presenta disnea que ella atribuye a una infección de vías respiratorias y que dice que le apareció días antes de la clínica del MID, y sin embargo el único tratamiento que se administra es de *claxane* 80 mg/ kg cada 12 horas y se pide eco doppler preferente.

Apenas siete horas después de haber sido dada de alta por el Servicio de Urgencias del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, (...) acude a Urgencias del Centro de Salud de Santa María de Guía; concretamente ingresa a las 08:37:00 horas del día 9 de junio de 2013 donde fallece a las 09:00:00 horas de ese mismo día, haciéndose constar en el informe de Urgencias que la actuación que se realizó fue: a las 08:50 h. sensación de disnea y pérdida súbita del estado de conciencia sin recuperación de la misma y que tras 45-60 minutos no se puede rescatar, diagnosticándose a las 09:00 horas parada cardíaca y tromboembolismo pulmonar (TEP).

- Ya constaba que (...) había sufrido una trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo en el año 2012 e ingresa el 8 de junio de 2013 por sospecha de trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho, a pesar de haber estado con anticoagulantes hasta el mes de febrero de 2013.

Según la reclamante, se sabe médicamente que la mayor complicación de un TVP es que podría desalojar el coágulo y viajar a los pulmones, causando una embolia pulmonar, y por tanto, es una emergencia médica, y que si está presente en la extremidad inferior hay un 3% de probabilidad de que sea letal para el individuo.

Por ello, cree que en el presente caso, existiendo una TVP previa en el MII, y habiéndose diagnosticado una sospecha de TVP en MID, no se le debió dar a su madre el alta a las 01:15 horas del día 9 de junio de 2013, sino que debió seguir en

observación, con los cuidados necesarios, practicándosele las pruebas diagnósticas de forma inmediata a fin de evitar la embolia pulmonar que finalmente provocó su fallecimiento, poco después de haber sido dada de alta.

Por todo ello, afirma que ha habido un funcionamiento anormal por parte de la Administración sanitaria por la inadecuada asistencia prestada a (...), por negligencia médica en el tratamiento o falta del mismo, por el personal del Servicio Canario de Salud, lo que dio lugar a su fallecimiento.

2. Consta en el historial médico de la paciente situación de incapacidad permanente absoluta por enfermedad mental, TVP en MII, así como síndrome postrombótico en MII, habiendo recibido tratamiento con *claxane*. Al haberse diagnosticado trombosis oclusiva de vena femoral, la paciente inicia tratamiento con *sintrom*, constando en su historia que lo toma de manera irregular (folio 125 del expediente administrativo). Suspendió el tratamiento con *sintrom* en marzo de 2013 para realizarse unas pruebas (folio n° 72).

El 23 de abril de 2012, acude a su Centro de Salud refiriendo fiebre, clínica de tos y mucosidad, siendo diagnosticada de infección de vías respiratorias altas. En la exploración se observa eritema faríngeo, mucosidad espesa y amarilla en *cavum* (folio n° 358). Los días 25 y 26 de abril acude de nuevo por el mismo cuadro.

Desde el día 10 de mayo de 2012, presenta disnea y tos sin fiebre. Se producen nuevas visitas por este motivo los días 17 de mayo de 2012 y 28 de mayo de 2013.

En esta última visita expone sensación disneica a moderados esfuerzos de 15 días de evolución, asociada a tos con expectoración, además de reflujo gastroesofágico (folio n.º 366).

En la exploración física, se observó aumento del diámetro de gemelo de miembro inferior izquierdo crónico tras la TVP de junio de 2012. Presentaba leve edema sin fovea y sin signos de TVP. Los pulsos podios estaban presentes y eran simétricos. En radiografía de tórax: aumento de silueta cardíaca derecha, sin aumento de trama peribroncovascular ni signos de condensación.

Se observa taquipneización, soplo sistólico panfocal, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Se diagnosticó de disnea, y dentro del plan terapéutico, se solicitó valoración para descartar patología pulmonar, debido al aumento de su frecuencia cardíaca (FC). Este signo estaba presente entre sus antecedentes personales, de forma habitual, según se aprecia en la lectura de la historia clínica de Atención Primaria.

Con fecha 31 de mayo de 2013, acude nuevamente a su Centro de Salud por cuadro de disnea. Bajo el diagnóstico de cardiopatía, es remitida al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (folio nº 368). En el Servicio de Urgencias de este centro hospitalario comenta padecer un cuadro de tos y expectoración amarillenta de 20 días de evolución, sin fiebre ni dolor torácico. Disnea de moderados esfuerzos en ese tiempo y dolor en región dorsal que relaciona con la tos. No se observa aumento del perímetro de miembros inferiores ni dolor en las pantorrillas al caminar.

En el informe de Urgencias de 31 de mayo de 2013, consta que en la exploración física está eupneica en reposo (frecuencia respiratoria dentro de los límites normales), sin presentar trabajo respiratorio. No soplos ni ruidos patológicos sobreañadidos. Las extremidades inferiores sin edema ni signos de TVP. Como diagnóstico: disnea a estudio. Estando estable y asintomática durante su estancia en Urgencias, no se considera necesario realizar estudio cardiológico urgente, debiendo acudir al cardiólogo en la fecha prevista (folio nº 130).

Con fecha 8 de junio de 2013, acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, por sospecha de TVP en miembro inferior derecho. Presenta dolor y sensación de empastamiento de una semana de evolución, sin aumento de la temperatura ni dolor significativo. Continúa con disnea, que ella atribuye a una infección de las vías respiratorias y que, según comenta la propia paciente, apareció días antes de la clínica de MID.

Según recoge el informe de Urgencias del 8 de junio, a la exploración física está consciente, orientada y colaboradora, con disnea, taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), taquicardia y ligeramente hipertensa. Sin fiebre, con saturación de oxígeno al 97%. Sin soplos cardíacos y murmullo vesicular conservado en todos los campos pulmonares

El MID se presenta empastado, sin aumento de la temperatura ni dolor a la movilización.

Se diagnostica de sospecha de TVP en MID. Se pauta tratamiento con *claxane* y se solicita eco-doppler preferente (folio nº 129). Tras permanecer más de 5 horas en el Servicio de Urgencias, se le da de alta a la 1:15 horas del día 9 de junio de 2013.

El mismo día 9 de junio acude a su Centro de Salud. Se encontraba ansiosa, sin cianosis, consciente, orientada y colaboradora. Ritmo sinusal taquicárdico sin soplos. El patrón respiratorio era normal.

Se indica tratamiento con aerosol y súbitamente presenta cuadro de cianosis en esclavina con pérdida del estado de conciencia y cuadro de parada que se intenta reanimar con medidas básicas y avanzadas (adrenalina IV 1-IOT y desfibrilador en 4 ocasiones) sin respuesta, en equipo con el personal de la ambulancia medicalizada, no pudiéndose rescatar tras 45-60 minutos de RCP (folio nº 368).

Como causa del *exitus*: parada cardíaca y tromboembolismo pulmonar.

3. El informe, de 15 de marzo de 2015, de la inspectora médica del Servicio de Inspección y Prestaciones, con base en la documentación médica, y con confirmación de los hechos alegados por la reclamante, concluye con las siguientes consideraciones:

«El síntoma inespecífico disnea, que podría la reclamante relacionar con un cuadro de tromboembolismo pulmonar (TEP) mencionado en fecha 9 de junio, no se presentó de forma súbita, de modo que incluso se orientó durante su evolución, en fecha 31 de mayo de 2013, a estudio de Cardiología.

Otro síntoma, la elevación de la frecuencia cardíaca (FC), está presente en la historia clínica de Atención Primaria constando que es habitual en la paciente esta elevación.

Por otro lado, entre los antecedentes consta un episodio de TVP en Mil que fue tratada con *claxane* inicialmente y posteriormente hasta marzo de 2013 con *sintram*. En relación a este último consta que el cumplimiento terapéutico de la paciente no fue adecuado, no ajustándose al régimen prescrito.

- En este contexto (disnea, aumento de la FC) la paciente fue remitida al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín en fecha 31 de mayo de 2012 bajo el diagnóstico de cardiopatía.

En la exploración física se descarta signos de TVP en las extremidades inferiores. La estabilidad durante la estancia en el servicio de urgencias y el resultado de la exploración física, EKG y Rx de Tórax, llevaron a los médicos del Servicio a concluir que no era preciso un estudio cardiológico urgente, debiendo acudir a la cita programada.

Por tanto, en esta fecha 31 de mayo de 2013, no es remitida al Hospital por su Médico de Familia para estudio de TVP ni por sospecha de TEP. El motivo era estudio por cardiólogo. De hecho, después de la exploración física se describe que no se objetiva signos de TVP.

- La siguiente valoración en el Servicio de Urgencias hospitalario fue 8 días más tarde remitida por sospecha de TVP en MID.

Ante la sospecha de TVP en MID se prescribe *claxane* (enoxaparina sódica) que es una heparina de bajo peso molecular que encuentra entre sus indicaciones el tratamiento de la trombosis venosa profunda establecida (con o sin embolia pulmonar).

Además se solicita con carácter preferente eco-doppler a fin de confirmar TVP en la extremidad inferior derecha.

En el primer episodio de TVP, en ese caso en MII, en el año 2012, se inició de igual forma tratamiento con *claxane*, continuó posteriormente, a los 3 meses, con TAO y se le indicó de forma programada eco-doppler. Por tanto, las indicaciones, en principio, en este segundo caso son paralelas al tratamiento del primer episodio de TVP en el año 2012, que no se reclama.

Al margen de los síntomas en relación con MID, se menciona disnea cuya aparición y evolución se ha comentado.

Siendo un factor de riesgo la TVP en miembros inferiores para el desarrollo de TEP, la reclamante cuestiona que debió plantearse en esa fecha, 8 de junio, la posibilidad de la presencia de TEP.

Al respecto, el síntoma más frecuente en el TEP es la aparición de disnea brusca, taquipnea o taquicardia no explicada, seguida de dolor torácico casi siempre de tipo pleurítico. Observamos en la paciente un cuadro de disnea de presentación no súbita y ausencia de dolor torácico. Por su parte, el aumento de la FC se refleja a lo largo de la historia clínica.

Otros síntomas son la tos (presente en la paciente) y la hemoptisis. En ocasiones puede producirse broncoespasmo. El síncope y el shock son manifestaciones raras.

En la auscultación puede percibirse un segundo ruido pulmonar fuerte, roce pleural y en ocasiones sibilancias, no objetivados en la paciente.

En la gasometría arterial se observa hipoxemia (no presente en el caso que nos ocupa) con normocapnia o hipocapnia y pH normal.

Las alteraciones en el electrocardiograma más frecuentes son la taquicardia sinusal (el aumento de la FC se refleja a lo largo de la Historia Clínica con anterioridad) y signos de sobrecarga cardiaca derecha, inversiones anteriores de la onda T patrones de seudoinfarto. No presentes en el estudio realizado.

Además, no se observa en la Rx de tórax atelectasias, derrame pleural aunque sí elevación del hemidiafragma.

Por su lado, los anticoagulantes como es el caso de la heparina, prescritos en el presente caso, constituyen la terapia de elección, tanto de la TVP como del TEP. Posteriormente se añade los anticoagulantes orales que se administran conjuntamente con la heparina, hasta

lograr el INR adecuado, momento en que se continúa sólo con los anticoagulantes orales durante 3-6 meses.

Otra opción terapéutica son los agentes fibrinolíticos, en caso de TEP masivo. Todo ello sin perjuicio de las actuaciones dirigidas a corregir los trastornos hemodinámicos y del intercambio gaseoso o la resección quirúrgica del trombo.

Observamos como los síntomas y signos de embolia pulmonar son de baja sensibilidad e inespecíficos. Por tanto, para su diagnóstico hay que sospecharla en base a la probabilidad clínica de que exista.

Como exámenes complementarios la Rx tórax, estudio de gases arteriales, EKG, TAC, angiografía pulmonar. La angiografía pulmonar es el examen definitivo en el diagnóstico objetivo de esta afección. Sin embargo, es un examen invasivo y no exento de riesgo. En la actualidad se puede obtener imágenes angiográficas mediante tomografía computada helicoidal, lo que evita la introducción y manipulación de catéteres (AngioTAC).

En el presente caso no hubo sospecha clínica que recomendara la realización de las pruebas anteriores.

De haber existido clínica de sospecha, el objetivo del tratamiento es impedir el crecimiento del trombo y que el sistema fibrinolítico del paciente produzca la lisis del trombo y que el vaso trombolizado se recanalice o bien realizarse ul1a trombo lisis activa. En el primer caso utilizaremos heparina y en el segundo trombolíticos o cirugía.

Observamos, en relación a la paciente, que se estableció como probable TVP y se indicó tratamiento con enoxaparina sódica, derivado de bajo peso molecular de la heparina empleado como anticoagulante por su acción inhibidora del factor Xa de la cascada de la coagulación y también tiene baja actividad antifactor IIa. Al tiempo se programó estudio para confirmar dicha TVP en MID.

A la vista de la analítica del 9 de junio donde se observa elevación del PTTA (tiempo de tromboplastina activa) se evidencia el efecto anticoagulante de la enoxaparina sódica. La prueba del TTP se utiliza para evaluar la capacidad de la sangre de una persona para formar coágulos, si está elevado la dificultad es mayor, podría significar alguna deficiencia en alguno de los factores de coagulación, una enfermedad hepática, o si el paciente está sometido a tratamiento con heparina.

En fecha 9 de junio la paciente llega al Centro de Salud ansiosa sin cianosis y consciente, orientada y colaboradora. A la auscultación solo se resalta taquicardia y se describe respiratorio normal. Además consta una posible TVP en MID.

Se describe que la paciente hace súbitamente cuadro de cianosis en esclavina con pérdida del estado de conciencia y cuadro de parada. El edema en esclavina lo podemos encontrar en el síndrome de vena cava superior, denominándose como tal al conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción parcial o completa de dicha vena que dentro de



sus causas benignas encontramos al trombo de la vena cava superior. Cianosis en esclavina encontramos también en rotura cardíaca aguda, que se presenta como una súbita e inesperada parada cardiorrespiratoria con evidencia de disociación electromecánica (actividad eléctrica con ausencia de pulso central). El paciente puede presentar cianosis en esclavina y acusada ingurgitación yugular. En estudio de necropsia se suele observar cianosis en esclavina en causas de muerte con hipertensión en territorio de la cava superior como las asfixias o muertes cardiovasculares.

Ante las anteriores circunstancias no podemos confirmar si existía, como indica la reclamante, TEP en el momento de atención en el servicio de urgencias hospitalario, o si de haberse realizado las pruebas orientadas al diagnóstico se hubiese evidenciado su presencia.

Finalmente se establece el diagnóstico de TEP en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria en fecha 9 de junio de 2013. Sin perjuicio de la posibilidad de que se tratase de un EP masivo, la rapidez del desenlace no hizo posible la indicación de pruebas confirmatorias de un EP y además no se realizó necropsia. De esta forma quizás el diagnóstico se debió establecer en base a los antecedentes y clínica súbita sin que podamos confirmar de forma objetiva el mismo».

### III

1. En su Sentencia de 11 abril 2014, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo resume su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, "como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria" (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008 )».

En el mismo sentido la anterior Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en 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 le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. 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 asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón, no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

## 2. La *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 y 29 de junio de 1990, expresaron: «que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada "lex artis ad hoc", es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional», y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por «lex artis ad hoc», como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros

factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal «lex» implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la «lex» es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto «ad hoc»: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha «lex artis»; así como en toda profesión rige una «lex artis» que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa «lex», aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991)» (STS de 26 marzo de 2004).

3. Es reiterada doctrina de este Consejo que el diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que establece, a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, la situación patológica en que se encuentra.

Por regla general, una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello, no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Esta solo surge cuando el error de diagnóstico se debe a una manifiesta negligencia o ignorancia o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación.

Por esta razón, en la STS de 6 de octubre de 2005 se declara que:

«(...) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia (STS de 10 de

diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)».

En la STS de 17 J. de 2012 (RJ 2012\8488), se razona lo siguiente:

«Por último señalar que el motivo del recurso parte de una afirmación que es negada en la Sentencia -hace principio de la cuestión-; “existe un error diagnóstico por falta de medios diagnósticos diferenciales”.

Esta cuestión es ampliamente resuelta en la Sentencia recurrida que valorando el conjunto probatorio afirma que: “los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”».

En el mismo sentido, se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 y de 24 de abril de 2012.

4. En el presente caso, está acreditado tanto por la historia clínica como por los distintos informes obrantes (no contradichos por la reclamante) que la asistencia prestada por los facultativos del Servicio de Urgencias que atendieron a la paciente en el Hospital Dr. Negrín fue la correcta en todo momento y de acuerdo con la *lex artis*, ya que le realizaron las pruebas que creyeron adecuadas para la sintomatología que presentaba (pruebas exploratorias físicas, analítica y Rx de Tórax), prescribiéndole *claxane* y solicitando de forma preferente eco-doppler, sin que en ningún momento existiera la mínima sospecha clínica que recomendara la realización de otras pruebas complementarias.

Siendo correcta la actuación de los facultativos, tampoco la realización de otras pruebas hubiera servido para confirmar el diagnóstico sospechado dada la rapidez del desenlace: Acude a Urgencias del Hospital Dr. Negrín a las 20 horas del 8 de julio; se le da de alta a las 01:15 horas del día 9. Acude a las 8:37 horas de ese día al Centro de Salud ansiosa sin cianosis y consciente, orientada y colaboradora, falleciendo media hora después.

Si no existe tal infracción de la *lex artis ad hoc*, no puede surgir la obligación de indemnizar por los daños alegados conforme establece la citada doctrina jurisprudencial de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo.

Por ello, es conforme a Derecho que por el órgano instructor se proponga la desestimación de la pretensión resarcitoria al no darse los requisitos para que esta prospere.

## **C O N C L U S I Ó N**

La Propuesta de Resolución que se dictamina, desestimatoria de la reclamación patrimonial, se considera conforme a Derecho.