



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 2 de septiembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 233/2016 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, un Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

Los reclamantes solicitan una indemnización que asciende a la cantidad de 300.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero 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).

II

1. (...) y (...) formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente ocasionados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo y a consecuencia de la cual, estiman, se produjo su fallecimiento.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

Los reclamantes alegan, entre otros extremos, lo siguiente:

«Tercero.- A las 20:57 horas del 27 de diciembre de 2010, (...) ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín, procedente de la consulta del Centro de Salud de atención primaria de Santa María de Guía donde fue atendido a las 19:30 horas del mismo día 27/12/2010, refiriendo problemas respiratorios y dolor epigástrico, diagnosticado de disnea y taquicardia paroxística por el facultativo de atención primaria que ante los síntomas presentados por (...) lo remite, con carácter de preferente, a la Unidad de Urgencias del Hospital de Gran Canaria.

Cuarto.- Una vez en la Unidad de Urgencias del Hospital de Gran Canaria se recoge en la historia clínica elaborada por el facultativo que lo atendió, Dr. (...), que figura en el informe clínico, que el paciente "presenta disnea a moderados esfuerzos, de varios días de evolución, hoy presenta dolor central torácico a punta de dedo que irradia a la espalda, refiere sudoración y sensación de ahogo".

Con estos síntomas se le da el alta médica a la 1:45 horas del día 28/12/2010, con el diagnóstico o juicio clínico "dolor torácico atípico", prescribiendo como único tratamiento "dieta baja en sal y en calorías", con remisión a la Unidad de Cardiología de la zona, sin preferencia. Durante los días siguientes continuó aquejándose de los síntomas de los que venía aquejándose durante los días anteriores al 27 de diciembre. (...).

Quinto.- El día 31/12/2010, sobre las 13:00 horas, (...) fallece en su casa, por una muerte súbita cardiaca a causa de una miocarditis linfocitaria multifocal que, de haber sido diagnosticada y tratada a tiempo, con la administración de un simple antibiótico hubiera evitado el fallecimiento del joven (...).

Los reclamantes consideran que la atención prestada al paciente se redujo a la práctica de unas pruebas básicas mínimas, a pesar de contar el Hospital con adecuados medios para el diagnóstico de la miocarditis, que no se practicaron, procediendo al alta médica sin un diagnóstico concluyente. Estiman que el paciente debió haber quedado en observación a la vista de la gravedad de los síntomas presentados y por la propia ausencia de certeza diagnóstica, tal como obliga la *lex artis*.

Añaden que el temprano reconocimiento de una situación isquémica aguda puede evitar una catástrofe como la ocurrida y consideran que se produjo un diagnóstico incorrecto, no debido a la falta de medios sino a la falta de conocimientos del facultativo actuante o por conducta pasiva del mismo, que, sin ser especialista en cardiología, procedió a dar el alta médica sin diagnóstico de certeza y sin consultar a su inmediato superior.

Solicitan por los daños padecidos una indemnización que asciende a la cantidad de 300.000 euros.

2. En el presente procedimiento los reclamantes ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo, puesto que alegan haber sufrido daños morales como consecuencia del funcionamiento incorrecto del servicio público sanitario, pudiendo por tanto iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte 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.

3. El fallecimiento del hijo de los interesados acaeció el 31 de diciembre de 2010, por lo que la reclamación, presentada el 28 de diciembre de 2011, no resulta extemporánea de conformidad con lo previsto en el art. 142.5 LRJAP-PAC.

4. 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 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, 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.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el 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. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 2 de febrero de 2012 (art. 6.2

RPAPRP) y se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), constando en el expediente el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín a cuyo funcionamiento se imputa la presunta lesión indemnizable (art. 10.1 RPAPRP), así como copias de las historias clínicas del reclamante obrantes en los distintos Centros donde fue atendido. Durante la tramitación del expediente, se procedió a la apertura de un periodo extraordinario de prueba a solicitud de los interesados a los efectos de aportar un informe pericial e informes psicológicos de los reclamantes también propuestos como prueba, sin que finalmente llegaran a aportarse.

A los reclamantes se les otorgó asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), sin que presentaran alegaciones durante el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por los Servicios Jurídicos según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

6. Consta en el expediente que en relación con los hechos por los que se reclama se incoaron las Diligencias Previas nº 1/2011 por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 1 de Arucas, en las que se declaró el sobreseimiento provisional y archivo de las actuaciones mediante Auto de 9 de mayo de 2011.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan acreditados en el expediente los siguientes antecedentes, conforme a los datos obrantes en la historia clínica, condensados por el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe:

- En fecha 27 de diciembre de 2010, a las 19:32 horas, el hijo de los reclamantes acude al Centro de Salud de Guía refiriendo problemas respiratorios y dolor en epigastrio.

En los exámenes complementarios: saturación de oxígeno 96%, FC 176 lpm, TA 120/80, EKG ritmo sinusal.

Comenta episodios de disnea progresiva a moderados esfuerzos, con sensación de palpitaciones a la movilidad.

En la exploración física: disnea/taquicardia; buen estado general, normohidratado, normo-constituido; eupneico. Auscultación cardio-pulmonar normal. Abdomen anodino, leve edema en miembros inferiores sin signos de TVP.

A las 19:30: En EKG ritmo sinusal, 100 lpm sin signos de isquemia con BIRDHH.

Analítica normal.

Con diagnóstico taquicardia paroxística, se deriva al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN):

- Ingresa en el Servicio de Urgencias del HUGCDN a las 20:57 horas de la misma fecha bajo el motivo de disnea y dolor torácico, en el cual no es atendido por un especialista en cardiología.

Se describe que acude por disnea a moderados esfuerzos de varios días de evolución. Hoy presenta dolor centrotorácico a punta de dedo que se irradia a espalda. Refiere sudoración y sensación de ahogo.

A la exploración física consciente y orientado, eupneico, normo-constituido y normo-coloreado. Auscultación cardio-pulmonar normal. Abdomen globuloso, suave, no doloroso no reactivo, ruidos hidro-aéreos positivos. Se realiza hemograma, bioquímica, Rx y EKG. EKG: ritmo sinusal, FC 96 lpm. Constantes a las 21:15: TA 132/81, pulso 96 lpm, 36°C, FR 24 pm, saturación de oxígeno 97%. Miembros inferiores no edemas, no TVP, pulsos presentes. Analítica y Rx normal. Se prescribe dieta baja en sal y en calorías.

Bajo el diagnóstico de dolor torácico atípico, se deriva a la 1:45 horas del 28 de diciembre de 2010 a consultas externas del Servicio de Cardiología en la zona.

- El 31 de diciembre, sobre las 13:30 horas, al regresar a domicilio después de realizar unas compras se sintió «indispuesto con fuerte dolor en el pecho y falta de aire». Se activa recurso de asistencia medicalizada del SUC, siendo *exitus* a pesar de maniobras de RCP.

- Practicada autopsia judicial, en fecha 1 de enero de 2011, consta en las conclusiones médico forenses preliminares que se trata de una muerte inesperada - súbita- cuya causa básica ha sido isquemia de miocardio; como causa inmediata, cardiopatía.

Por otra parte, la determinación de las enzimas cardíacas arrojaron resultado elevado: CK 515 U/L (valor de referencia 25-190); CK-MB 396 U/L (valor de referencia <40).

Concreta la médico-forense que el fallecido sufría una miocarditis linfocitaria multifocal que explica una muerte súbita cardíaca.

2. Los interesados en este procedimiento centran su reclamación en la inadecuada asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, al no haberse practicado las pertinentes pruebas diagnósticas que hubieran permitido alcanzar un diagnóstico correcto de la enfermedad que padecía. Consideran que su hijo falleció a consecuencia de una muerte súbita cardíaca producida por una miocarditis linfocitaria multifocal que, de haber sido diagnosticada y tratada a tiempo con la administración de un simple antibiótico, se hubiera evitado el fallecimiento.

La Propuesta de Resolución por su parte desestima la reclamación presentada, por estimar que no concurren en el presente caso los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad de la Administración, considerando correcta en todo momento la actuación sanitaria dispensada al paciente de acuerdo con los síntomas presentados.

3. Con carácter previo al análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, resulta necesario precisar que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los dictámenes de este Consejo Consultivo, el 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 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 por ello 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 sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. Así, el funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios 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 que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados 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.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo (SSTS de 27 de noviembre de 2002, 14 de octubre de 2004, 21 de diciembre de 2012, 14 de abril de 2015, 19 de mayo de 2015, 9 de febrero de 2016, entre otras).

4. Pues bien, en este caso la Propuesta de Resolución sostiene que el acto médico realizado fue correcto, afirmación que puede considerarse justificada a la vista de los informes obrantes en el expediente.

Así, informa el Jefe de Servicio de Urgencias que el paciente a la exploración física no evidenció inestabilidad respiratoria, ni hemodinámica ni alteración a la auscultación cardiopulmonar. Además, los electrocardiogramas presentaron ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización ni en la conducción. El hemograma fue normal, sin leucocitosis. La bioquímica fue normal, con creatin-cinasa de 136 U/L, dentro de los valores normales de referencia 10-195. La exploración radiológica no evidenció cardiomegalia con un índice cardio-torácico de 0.46, ni tampoco presentó infiltrados pulmonares.

Con base en estos datos, se estableció el diagnóstico de dolor torácico atípico, sobre el que indica que se dedujo inequívocamente de los resultados obtenidos, tanto de la anamnesis como de la exploración física y las pruebas diagnósticas practicadas.

Pone de relieve asimismo que el cuadro clínico que presentaba el paciente no permitía establecer ninguna complicación ni *a priori* ni en el momento de la actuación en urgencias, tales como insuficiencia cardíaca, taponamiento cardíaco, derrame pericárdico severo, afectación miocárdica ni valvular, ni existencia de enfermedad sistémica grave, ni siquiera presencia de fiebre, ni situación de inmunodepresión, ni antecedente de tratamiento anticoagulante, ni mecanismo de producción de origen traumático. Por lo que se correspondía con una situación totalmente inespecífica o idiopática y en la que no estaba indicada ninguna otra prueba complementaria en el Servicio de Urgencias.

Por todo ello, tras permanecer el paciente durante casi cinco horas en el Servicio de Urgencias se decidió su alta con estudio ambulatorio por Cardiología, ante los resultados de normalidad de la totalidad de los exámenes y pruebas protocolizadas que se le practicaron.

Similares conclusiones alcanza el Servicio de Inspección en su informe, en el que resalta los resultados normales de las diversas pruebas diagnósticas realizadas en el Servicio de Urgencias y las características de la patología sufrida por el hijo de los reclamantes.

Así, coincide este informe en el hecho de que durante la estancia del paciente en dicho Servicio el resultado de la analítica fue normal, tanto la hematimetría como la bioquímica. Además, se describe la normalidad de los EKGs realizados -en centro de salud y en el hospital- y del estudio de las enzimas, que evidenciarían daño del miocardio, como la creatin-cinasa. Resalta además que durante la referida estancia no se puso de manifiesto en la exploración y pruebas complementarias realizadas inestabilidad respiratoria, hemodinámica, anormalidades en la auscultación cardiopulmonar y en la exploración radiológica, que tampoco manifestó la presencia de cardiomegalia.

Por lo que se refiere en concreto a la causa inmediata de la muerte a la que se alude en el informe de la médico forense (miocarditis linfocitaria), indica que las pruebas complementarias realizadas desecharon un proceso isquémico. Este hecho, señala, resulta compatible con el resultado del estudio anatomopatológico, en el que

se alude a isquemia reciente y que se objetiva a los 4 días después de la estancia en el Servicio de Urgencias hospitalario.

En relación con la enfermedad que definitivamente se ha informado como causa del fallecimiento, la miocarditis linfocitaria, se describe en este informe de la siguiente forma:

«Entre los diferentes tipos de miocarditis, la más frecuente es la viral o linfocitaria (75%) que ocasiona aproximadamente el 10% de todas las muertes súbitas en niños y adolescentes. Suele haber un antecedente previo de viriasis con sintomatología viral seguido de muerte súbita por arritmia ventricular o por edema agudo de pulmón secundario a fallo ventricular izquierdo. De haber sospecha clínica el diagnóstico nos lo da la biopsia endomiocárdica.

Las infecciones virales cardíacas son relativamente comunes y habitualmente con escasa consecuencias clínicas. No obstante, la miocarditis aguda puede ser causa de muerte súbita en adultos jóvenes».

Precisamente en el caso del hijo de los reclamantes el estudio histopatológico fue de «miocarditis linfocitaria multifocal», patología que, según informa el Jefe de Servicio de Urgencias, cursa clínicamente como una miocarditis fulminante.

Explica que esta miocarditis fulminante, «clínicamente después de un pródromo viral (el paciente no presentó ni fiebre) presenta un grave compromiso cardiovascular (el paciente se mantuvo con estabilidad respiratoria y hemodinámica) que, o bien se resuelve espontáneamente (sin tratamiento médico específico), o bien evoluciona a muerte súbita (desgraciadamente este fue el caso)».

En cuanto a su tratamiento, indica que la etiología de esta enfermedad en los países desarrollados es eminentemente vírica, por lo que el tratamiento antibiótico es inoperante. Aclara que este tratamiento es básicamente sintomático y control de las constantes vitales, que en el caso del paciente se encontraban efectivamente controladas.

En este mismo sentido informa el Servicio de Inspección y Prestaciones, que pone de manifiesto que durante la estancia del paciente en Urgencias no se describe fiebre, objetivándose una temperatura corporal de 36° C, ni leucocitosis en la analítica.

Indica además que las señaladas consideraciones sobre el origen viral de la enfermedad nos alejan de la afirmación de los reclamantes sobre su posible tratamiento mediante antibióticos, que no serían adecuados.

Concluye por ello que constituye un caso de muerte súbita bajo la causa de miocarditis linfocitaria que acontece 4 días después de permanecer el paciente en el Servicio de Urgencias, aproximadamente 5 horas, sin manifestación de grave compromiso cardiovascular ni signos o síntomas de infección que la hicieran sospechar.

Procede concluir por todo ello que la asistencia sanitaria que le fue prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*, pues se le practicaron las pruebas diagnósticas que resultaban pertinentes de acuerdo con los síntomas presentados en el momento en que fue atendido en el Servicio de Urgencias del Centro hospitalario. Estas pruebas indicaron todas ellas resultados de normalidad, incluidas las referidas al estudio de las enzimas que evidenciarían daño del miocardio, como la creatin-cinasa. El paciente, además, no presentaba síntomas de compromiso cardiovascular ni signos o síntomas de infección que la hicieran sospechar.

No consta por otra parte en el expediente, ni los reclamantes lo alegan, que su hijo demandara asistencia sanitaria posterior al momento en que fue atendido en el Servicio de Urgencias, produciéndose su muerte súbita cuatro días después sin haber sido atendido nuevamente.

En definitiva, se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles para lograr un diagnóstico de su enfermedad teniendo en cuenta los síntomas presentados, por lo que no existe relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público de la sanidad y el daño por el que se reclama. No se ha presentado ni propuesto prueba alguna por parte de los reclamantes para demostrar el mal funcionamiento que señalan del Servicio Canario de la Salud.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación presentada se considera conforme a Derecho.