



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 6 3 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 2 de marzo de 2017.

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. 21/2017 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 reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS) iniciado por (...) y sus hijas (...) y (...) en solicitud de una indemnización por los daños que alegan le ha irrogado el fallecimiento de (...), marido y padre, respectivamente, de una y otras, cuya causa imputan a la negligencia profesional de los facultativos de dicho organismo.

2. La viuda solicita una indemnización de 108.000 euros y cada una de las hijas una indemnización de 45.352 euros. Estas cuantías determinan 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), la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre,

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

3. Las reclamantes están legitimadas activamente porque pretenden el resarcimiento del daño moral y los perjuicios patrimoniales que les ha irrogado el óbito de su deudo. Como alegan que éste se produjo por el funcionamiento anormal del servicio público de asistencia que presta el SCS, éste está legitimado pasivamente. El fallecimiento, que es el hecho lesivo alegado, acaeció el 30 de marzo de 2011 y la reclamación se presentó el 12 de enero de 2012, dentro, por tanto, del plazo de un año que fija el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo que no es extemporánea.

4. 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.

La resolución final es competencia del Director 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.

5. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima, de la citada LPACAP, el presente procedimiento se rige por el 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. Según el art. 13.3 RPAPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado; 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.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan.

Así, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación (art. 6.2 RPAPRP). 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), emitiéndose en particular el preceptivo informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP) y que está representado por los informes del Servicio de Urgencias y del Servicio Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario de Canarias (HUC), y del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Nuestra Señora de La Candelaria (HUNSC), ambos dependientes del SCS.

También se solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, para que a la vista de la historia clínica del paciente y de los informes de los servicios hospitalarios mencionados, analizara la existencia o no de nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada al paciente y las lesiones que alega.

Por parte del órgano instructor, en período probatorio, se admitió la documental incorporada por la Administración y la documental propuesta por las interesadas.

Finalizada la instrucción del procedimiento se abrió el preceptivo trámite de vista del expediente y audiencia, lo cual se notificó a las reclamantes, que no presentaron alegaciones.

Se redactó por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio de la reclamación, que fue sometida a informe a la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20, j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias (aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero). El 21 de septiembre de 2016 se emitió este informe que consideró la Propuesta de Resolución conforme a Derecho, pero consideró que se debía completar el expediente con más documentación clínica y que, a la vista de ella, el Servicio de Inspección y Prestaciones debía emitir nuevo informe. El instructor procedió conforme a estas indicaciones y, a continuación, concedió un nuevo trámite de vista del expediente y audiencia, lo cual se notificó a las reclamantes, que en esta segunda ocasión tampoco presentaron alegaciones.

En definitiva, no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obstan a un dictamen de fondo.

## II

1. El fundamento fáctico de la pretensión, según el escrito de reclamación, es el siguiente:

(...), de 70 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus insulino dependiente (DMID), hipertensión arterial (HTA), dislipemia, ex fumador y trombosis femoropoplítea bilateral, ingresó el 13 de marzo de 2011 en el HUC para intervención quirúrgica programada para revascularización del miembro inferior derecho por pie diabético. La operación se realizó el 17 de marzo. El día 19 presentó dolor centro torácico que se resolvió de forma espontánea y al parecer relacionado con insomnio. El 21 de marzo de 2011 recibió el alta hospitalaria.

El 26 de marzo de 2011 acudió al centro de salud de La Guancha por sufrir una molestia en el costado izquierdo del pecho. Desde ese centro de salud lo trasladaron al HUC en una ambulancia medicalizada. En este Hospital permaneció ingresado cinco horas. Allí le sirvieron un almuerzo que incluyó un plátano, fruta rica en potasio el cual le causó la parálisis de los riñones. Luego lo trasladaron en ambulancia al HUNSC donde ingresó en estado muy grave con los pulmones encharcados y parada renal y cardiorrespiratoria. Tres días después, el 29 de marzo de 2011, lo trasladaron al centro sanitario privado concertado (...) para ser operado al día siguiente, pero falleció antes a las 3:30 de la madrugada del 30 de marzo de 2011.

2. Con fundamento en ese relato de hechos las reclamantes afirman que:

a) La dolencia cardíaca que llevó a la muerte a (...) se manifestó durante su primer ingreso en el HUC y que los facultativos, en vez de mantenerlo ingresado para tratarla, le dieron el alta hospitalaria prematura. Si lo hubieran mantenido ingresado para tratarle dicha dolencia no habría fallecido.

b) Cuando ingresó por segunda vez en el HUC los facultativos de este Hospital lo derivaron al HUNSC lo cual implicó un retraso en atenderlo que agravó su estado.

c) A ese agravamiento contribuyó que durante esta segunda estancia en el HUC le dieran de comer un plátano lo cual le causó el fallo renal.

3. Respecto a esos tres extremos de hecho las reclamantes no proponen ni aportan más prueba que la documentación de la historia clínica del paciente.

4. Los informes, de 15 de febrero y 14 de diciembre de 2016, de la inspectora médica del Servicio de Inspección y Prestaciones, elaborados sobre la base de la información facilitada por los reclamantes, las historias clínicas del paciente

obrantes en el HUC, en el HUNSC y en (...), su historia clínica de Atención Primaria, los informes de los jefes de sección de los Servicios de Angiología y Cirugía Vascul ar y de Urgencias del HUC, del coordinador de Urgencias del HUNSC, de las facultativas de la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) del HUNSC, de los dos cardiólogos que atendieron al paciente en el HUNSC, del informe del Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca de (...), establece la siguiente sucesión cronológica de hechos:

Antecedentes: Insuficiencia renal leve, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metadiabético, tabaquismo, dislipemia, isquemia crónica de miembros inferiores, estenosis fémoropoplíte a, hipertrofia de ambos ventrículos cardíacos y hemibloqueo de rama derecha, intervenido de cataratas de ojo izquierdo en febrero de 2011 y amputación de falanges distales del miembro inferior en 2006.

El paciente ingresó el 13 de marzo de 2011 en el HUC para intervención quirúrgica programada que se practicó el 17 de marzo de 2011 y en la que se le recanalizó la arteria poplíte a derecha y se le recolocó una endoprótesis vascular (stent). El postoperatorio inmediato normalmente con cuidados médicos y enfermería adecuados.

A las 6:30 horas del día 19 de marzo de 2011 avisaron al médico porque el paciente estaba agitado, con insomnio, refiriendo «dolor torácico que comienza durante la noche pero que remite, duerme y hace un rato comienza de nuevo». Se solicitó radiología de tórax, analítica y electrocardiograma. El electrocardiograma, fue similar al realizado el día 14 de marzo. El resto de la mañana estuvo bien, asintomático, aunque muy nervioso. El resto de su estancia permaneció asintomático, caminando, durmiendo con normalidad. Causó alta hospitalaria el 21 de marzo de 2011 con el tratamiento médico previo a su ingreso (folio nº 515).

El paciente acudió los días 22 y 24 de marzo por recetas y para cura de la herida quirúrgica, a su centro de salud de San José, sin manifestar ni a su médico, ni al enfermero ningún síntoma particular.

El día 26 de marzo, a la 9:18 horas, acudió al Servicio de Urgencias de La Guancha, con dolor retroesternal opresivo con sintomatología vegetativa. El juicio diagnóstico fue de cardiopatía isquémica y sospecha de síndrome coronario agudo. Se le administró tratamiento y fue derivado en ambulancia medicalizada al HUC, donde ingresó a las 10:50 horas.

En el HUC fue atendido directamente por el área de reanimación, por el médico adjunto de urgencias, con la atención clínica y las pruebas pertinentes: radiología, analítica general, se confirmó la sospecha diagnóstica de dolor torácico de perfil cardiogénico e insuficiencia cardiaca. Se solicitó valoración al Servicio de Cardiología, con tratamiento de urgencias ya instaurado. Tras la valoración del cardiólogo, escribe en la historia clínica: «encontrándose el paciente eupnéico, tolerando el decúbito y como pertenece al área sanitaria de San Juan de La Rambla y precisa hospitalización para estudio, se remite a su centro sanitario de referencia en ambulancia medicalizada». Con juicio diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación transitoria del segmento ST (Scasest) de alto riesgo.

El paciente llegó al HUNSC el día 26 de marzo de 2011, a las 15:59 horas, fue recibido por la sala de reanimación de urgencias, se solicitó analítica, gasometría, etc. y se consultó a UMI con diagnóstico de Scasest y shock cardiogénico. La UMI contactó con el servicio de cardiología, se le realizó un electrocardiograma, con resultado de estenosis aórtica. Se procedió a intubación orotraqueal y ventilación médica con perfusión de noradrenalina por presentar inestabilidad hemodinámica. Se le realizó cateterismo cardiaco, con diagnóstico de estenosis aórtica significativa que corroboran con nuevo ecocardiograma que objetivó apertura de válvula severamente restringida.

Sufrió dos paradas cardiacas, se le colocó un marcapasos transitorio. Presentó una insuficiencia renal con hiperpotasemia en relación con el bajo gasto cardiaco, por lo que se instauró depuración extrarrenal, que se suspendió al lograrse la mejoría de la función renal y corrección de la hiperpotasemia. Como el HUNSC tiene concertado el servicio de cirugía cardiaca con el centro sanitario privado (...) se contactó con éste para realizarle una intervención quirúrgica cardiovascular cuando la situación hemodinámica del paciente lo permitiera. Esta decisión fue tomada en sesión clínica.

El 29 de marzo de 2011, alrededor de las 19 horas, fue trasladado en una ambulancia medicalizada a (...) para cirugía cardiaca a realizar el día siguiente. Según informe anterior al traslado, el paciente abre los ojos, obedece a las órdenes sencillas y tiene buena mecánica respiratoria. El diagnóstico es de estenosis aórtica severa, insuficiencia renal aguda resuelta, bloqueo bifacicular y los diagnósticos correspondientes a sus patologías crónicas anteriores. En (...) lo ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sedado, bajo ventilación mecánica y con anuria. A partir de las 23:00 horas entró en colapso circulatorio completo, no consiguiendo

remontar la situación, falleciendo a las 3:30 horas del 30 de marzo. La causa del fallecimiento fue shock cardiogénico en un paciente diagnosticado de estenosis aórtica severa, pendiente de cirugía.

### III

1. De la documentación clínica y de los informes médicos resulta lo siguiente:

a) En la madrugada del 19 de marzo el paciente, ansioso, agitado y verborreico, se quejó de dolor torácico intermitente. Como en sus antecedentes médicos figuraba hipertrofia de ambos ventrículos cardíacos y hemibloqueo de rama derecha, para determinar si la causa era una crisis cardíaca, se le exploró por el médico, con toma de parámetros y auscultación cardiopulmonar, que halló al paciente consciente y orientado. No obstante, le realizaron una radiografía de tórax, una analítica de encimas cardíacas una analítica general y un electrocardiograma que permitieron descartar la existencia de tal crisis. El electrocardiograma dio resultados iguales a los del que le realizaron cinco días antes, el 14 de marzo y que se correspondían con los propios de un paciente con esas patologías cardíacas crónicas. Por consiguiente, ese dolor torácico intermitente que desapareció espontáneamente no fue síntoma del síndrome coronario agudo que se presentaría una semana después, ni síntoma de ninguna otra patología, cardíaca o no, que requiriera que el paciente continuara ingresado en el HUC.

Esta conclusión es confirmada por los siguientes hechos:

El paciente durante el resto de su estancia hospitalaria podía moverse por su propio pie, estaba bien ventilado por lo que no requería de oxigenoterapia y se mantuvo asintomático.

El paciente acudió los días 22 y 24 de marzo por recetas y para cura de la herida quirúrgica, a su centro de salud sin referir a su médico ni al enfermero sintomatología cardíaca ni de ninguna otra clase.

En definitiva, la decisión de darle el alta hospitalaria fue correcta porque su estado no precisaba de cuidados hospitalarios, por lo que en absoluto puede ser calificada de negligente por prematura.

b) El paciente fue llevado desde el centro de salud al HUC en una ambulancia medicalizada a donde llegó a las 10:50. Allí fue atendido de inmediato en el área de Reanimación donde se le exploró y le practicaron las pruebas médicas (radiografía de

tórax y analítica de encimas cardíacas) que confirmaron el diagnóstico de dolor torácico de perfil cardiogénico con insuficiencia cardíaca y se le instauró tratamiento para estabilizarlo. A las 14:30 horas un facultativo especialista en Cardiología examinó al paciente y lo encontró eupnéico (es decir, con respiración normal), sin síntomas y tolerando bien el decúbito. Por tanto, ya estaba estabilizado, por lo que el cardiólogo decidió que fuera derivado a su Hospital de referencia, el HUNSC, el cual se encuentra a escasa distancia del HUC y a unos cinco minutos de viaje en coche. Para ese traslado también se empleó una ambulancia de soporte vital avanzado (también llamada medicalizada) la cual es un vehículo de asistencia y transporte sanitario urgente en el que se presta atención a pacientes en estado crítico a través de una asistencia médica cualificada y disponen del equipamiento material y equipo humano necesario para ello. La dotación de personal de estas ambulancias está integrada por un médico, un enfermero, un conductor y un técnico de transporte sanitario. Por consiguiente, el paciente no estuvo privado ni por un instante de la atención médica que su estado requería.

El paciente llegó al Servicio de Urgencias del HUNSC el 26 de marzo a las 15:59 minutos y fue atendido de forma inmediata en la unidad de Reanimación por los facultativos del Servicio de Medicina Intensiva que lo monitorizaron, le tomaron las constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno), dispusieron la práctica de analíticas, diagnosticaron un síndrome coronario agudo con elevación transitoria del segmento ST (Scasest) y avisaron al Servicio de Cardiología, cuyos facultativos, mediante electrocardiogramas y el cateterismo cardíaco que le practicaron al paciente, establecieron que adolecía de una importante estenosis aórtica con apertura valvular severamente restringida, cuya resolución exige una operación de cirugía cardíaca. Pero ésta no se podía realizar inmediatamente porque el paciente sufrió dos paradas cardíacas, que requirió que le colocaran un marcapasos, con la consecuente inestabilidad hemodinámica e hiperpotasemia, por lo que hasta que no se consiguió estabilizarlo hemodinámicamente y corregir la hiperpotasemia, no se pudo remitir a (...) que era el centro con los medios para practicar dicha operación. Una vez ingresado en este centro a las 19 horas del día 29 de marzo, el paciente, que adolecía de graves patologías crónicas, a partir de las 23 horas sufrió un colapso circulatorio completo a causa de un choque cardiogénico, propiciado por la estenosis aórtica severa que sufría, que le causó la muerte a las 3:41 horas.

Por consiguiente, que el paciente fuera derivado del HUC al HUNSC no supuso ningún retraso en la operación de cirugía cardíaca, porque en aquel momento el



estado del paciente no la permitía. Ese traslado en ningún momento supuso que el paciente dejara de estar atendido correctamente. Tampoco fue una decisión médica incorrecta porque el paciente podía ser trasladado ya que estaba estabilizado (sin síntomas, eupnéico y tolerando bien el decúbito).

Si el paciente podía soportar el breve traslado a su Hospital de referencia que estaba a muy poca distancia, no había ninguna razón médica que obligara a incumplir la Orden Departamental, de 29 de marzo de 2010, por la que se establece la sectorización de la asistencia sanitaria especializada en el Área de Salud de Tenerife, cuya la Disposición Transitoria dispone que la asistencia y hospitalización urgente, excepto la derivada de complicaciones de procedimientos quirúrgicos programados efectuados en los tres meses anteriores a su aparición, de las zonas básicas de Icod de los Vinos, Los Silos y La Guancha, continuará prestándose por el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, hasta que por el Servicio Canario de la Salud se determine que pueda ser asumida por el Hospital Universitario de Canarias.

(...) estaba adscrito a la zona básica de salud de La Guancha y, como se constató más atrás, el síndrome coronario agudo que sufría no era una complicación derivada de la operación que le realizaron en el HUC el 17 de marzo de 2011, por lo que el traslado era procedente.

En definitiva, la remisión del paciente desde el HUC al HUNSC no implicó un retraso en atenderlo que agravara su estado.

c) La afirmación de las reclamantes de que el plátano que le proporcionaron a su deudo en el HUC causó la hiperpotasemia que contribuyó a empeorar su estado no está probada, ni en cuanto al hecho en sí mismo de que se le hubiera suministrado esa fruta, ni en cuanto a que su ingestión hubiera causado esa alteración fisiológica. Los informes médicos coinciden en señalar que la hiperpotasemia es causada por la disminución del gasto cardiaco y de la presión arterial que a su vez tienen su causa en la insuficiencia cardiaca aguda que padecía (...)

2. En resumen, las tres causas que han alegado las reclamantes como productoras de la muerte de (...) (que el alta tras su primer ingreso en el HUC fue prematura, que el traslado del HUC al HUNSC implicó un retraso en su atención médica, y que la alimentación en el HUC agravó su estado) no han existido. Y ello, porque, primero, la decisión de darle el alta hospitalaria fue correcta porque su estado no precisaba de cuidados hospitalarios, por lo que en absoluto puede ser calificada de negligente por prematura y porque pruebas médicas objetivas como las

radiografías y electrocardiogramas que le realizaron durante esa estancia prueban que no se había iniciado el proceso de crisis cardíaca que se manifestó una semana después del alta; segundo, el breve traslado del HUC al HUNSC en ningún momento comportó que el paciente estuviera privado de la atención médica que requería y no originó ningún retraso en la operación de cirugía cardíaca para abordar la estenosis, porque en aquel momento el estado del paciente no permitía su práctica; y, tercero, porque la hiperpotasemia fue causada por la disminución del gasto cardíaco propia de la insuficiencia cardíaca aguda que padecía (...).

3. Según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de un hecho lesivo producido por el funcionamiento normal o anormal de un servicio público. Sin la prueba cumplida de la existencia de ese hecho lesivo es imposible que surja dicha obligación de indemnizar. En el presente supuesto ha quedado acreditado que no se ha producido ninguna de las tres circunstancias a las que las reclamantes atribuyen el óbito del causante; por consiguiente, tal como concluye la Propuesta de Resolución, no procede la estimación de la pretensión resarcitoria.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación se considera conforme a Derecho.