



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 11 de enero de 2018.

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 por la muerte de su madre (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 454/2017 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 27 de noviembre de 2017, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 30 de noviembre de 2017. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia 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, 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); que 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, 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 Ley.

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

Resulta igualmente aplicable 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, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

II

1. En el presente expediente 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 persona, como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud, que consiste en el fallecimiento de la madre de los primeros y esposa del segundo.

Se actúa en este procedimiento mediante la representación acreditada de (...); sin embargo, dicha representación sólo se ha aportado respecto de los hijos de la fallecida, pues tal y como se señala en el escrito de subsanación presentado por el representante el 13 de febrero de 2015, el esposo falleció el mismo día en el que se presentó la reclamación de responsabilidad patrimonial, unas horas después, sin haber otorgado poder de representación ni a sus hijos, ni al abogado de éstos que aquí actúa.

Así pues, (...) no trasmite a sus herederos su acción para reclamar toda vez que, aunque sí es transmisible *mortis causa* su posición en el procedimiento, de estimarse su pretensión, en contra de lo señalado en la Propuesta de Resolución, ello sólo es posible una vez iniciado el procedimiento por su parte, por haberse interpuesto por él reclamación, lo que en este caso no ha ocurrido, puesto que falleció sin otorgar poder de representación a quien dice actuar en representación suya a tal efecto.

Por otra parte, ostenta legitimación pasiva la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Asimismo, se interpuso la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, ya que el escrito de reclamación se presentó el 26 de enero de 2015, respecto de un daño que se produjo el 30 de enero de 2014.

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 del procedimiento 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

Los hechos objeto de esta reclamación son, según el escrito presentado, los siguientes:

«PRIMERO.- (...), nacida el 19.07.1943 acude el día 28.01.2014 a las 14:23 por "cuadro de deposiciones diarreicas oscuras sin sangre, moco pus" al Servicio de urgencias del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, donde se le realizan análisis de sangre y orina que indican hiperglucemia, neutrófilos en 88,4% y hemoglobina 8,4, 500 leucocitos en orina, 150 hematíes, con nitritos negativos. Igualmente se hace constar cura de úlceras varicosas y se le diagnostica de GEA (gastroenteritis aguda), ITU (infección del tracto urinario) y anemia en relación con sangrado de úlceras de extremidades inferiores. Es tratada con antibióticos.

SEGUNDO.- Vuelve el día 29.01.2014 "por edematización generalizada y más bradisíquica de lo habitual afebril hoy no deposiciones no vómitos comenta ingesta de varios litros de agua". En la analítica sólo se aprecia anemia y presencia de abundantes neutrófilos (78,9%) en la fórmula leucocitaria. No se indica nada respecto al tratamiento domiciliario excepto un analgésico cada 6 horas (paracetamol).

TERCERO.- El día 30.01.2014 hace parada cardiorrespiratoria durante el traslado al Hospital y no responde a la reanimación. Según el informe de necropsia fallece por Endocarditis aguda (infección) de la válvula mitral (...). No se hizo ninguna prueba para diagnosticar la causa del edema».

Se solicita por todo ello una indemnización que no se cuantifica, si bien, en trámite de audiencia se señala que procede «la aplicabilidad de las tablas 1ª y 1B, incluyendo el incremento de perjuicio excepcional de un 25%», del baremo de accidentes de tráfico.

IV

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

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 3 de febrero de 2015 se identifica el procedimiento y se insta a los reclamantes a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación y la proposición de pruebas, en su caso, de lo que reciben notificación el 5 de febrero de 2015, viniendo a cumplimentar el trámite el 12 de febrero de 2015. Es en este momento en el que se aporta copia del poder de representación notarial otorgado a favor de (...) por los reclamantes, señalándose, por lo que respecta a la acreditación de la representación de (...), que falleció a las 17:15 horas, sin haber otorgado el poder de representación, habiéndose ya presentado la reclamación, lo que se había hecho el mismo día a las 15:29 horas.

- Por Resolución de 6 de marzo de 2015, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, lo que es notificado a los interesados el 16 de marzo de 2015.

- Por escrito de 11 de marzo de 2015, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 17 de noviembre de 2016, tras haber recabado la documentación necesaria.

- A fin de dictar acuerdo probatorio, se concede a los interesados plazo para aportar informe pericial propuesto en su escrito de reclamación, lo que les es notificado el 20 de enero de 2017.

- Los reclamantes remiten correo electrónico el 26 de enero de 2017, solicitando el informe del SIP, que se les remite por correo electrónico de 27 de enero de 2017.

- El 8 de febrero de 2017, se dicta acuerdo probatorio, que se notifica a los reclamantes el 15 de febrero de 2017. En él se declara la pertinencia de las pruebas propuestas, se incorporan los informes recabados, y se insta a los interesados a aportar el informe pericial propuesto.

- El 4 de abril de 2017, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, lo que es notificado a los interesados el 10 de abril de 2017, presentando alegaciones el 12 de abril de 2017, refutando los argumentos del informe del SIP de conformidad con el

informe pericial aportado, elaborado por el Médico Forense (...) con fecha 20 de noviembre de 2014.

- A la vista de las alegaciones, se solicita al SIP informe complementario el 26 de mayo de 2017, viniendo a emitirlo el 19 de junio de 2017.

- El 29 de junio de 2017, se da traslado a los reclamantes de aquel informe, concediéndoles nuevamente trámite de audiencia, de lo que reciben notificación el 7 de julio de 2017.

- El 10 de julio de 2017, presentan escrito en el que manifiestan la improcedencia de haber recabado nuevo informe del SIP, lo que se justifica por la Administración mediante escrito de 11 de julio de 2017 que ello se debe a que con sus alegaciones se habían hecho consideraciones médico-legales, al haberse aportado informe pericial, cuya valoración correspondía al SIP.

- El 19 de julio de 2017, se presenta escrito de alegaciones por los reclamantes en el que se oponen al informe complementario del SIP.

- El 23 de octubre de 2017, se presenta escrito por los reclamantes instando el impulso del procedimiento.

- El 6 de noviembre de 2017, se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud desestimatoria de la pretensión de la reclamante y, en igual sentido, sin que conste fecha, se emite borrador por el Director del Servicio Canario de la Salud, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 17 de noviembre de 2017, viniéndose a dictar Propuesta de Resolución definitiva el 22 de noviembre de 2017.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución, como se ha señalado, desestima la pretensión de los reclamantes al argumentarse, con arreglo a los informes obrantes en el expediente y la historia clínica de la paciente, que la actuación del Servicio Canario de la Salud fue conforme a la *lex artis*.

2. Pues bien, efectivamente, ante todo, hemos de recordar la reiterada doctrina de este Consejo, con carácter previo al análisis de la Propuesta de Resolución. Se ha de recordar, como de forma constante ha resaltado la jurisprudencia (SSTS de 24 de septiembre de 2004, 23 de septiembre de 2009, 29 de junio de 2011 y 11 de abril de 2014, entre otras muchas), que 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*, 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, ya que, 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 por tanto en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

3. Teniendo en cuenta la referida doctrina sobre la obligación de medios, la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, dados los datos obrantes en la historia clínica de la paciente y en el informe emitido por el Coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN), así como los informes del SIP, de 17 de noviembre de 2016 y de 19 de junio de 2017.

Antes de analizar la actuación médica en este asunto, deben tenerse en cuenta los antecedentes clínicos del presente caso, tal y como se recogen en el informe del SIP. Así pues, efectivamente, constan los siguientes datos:

- El 28 de enero de 2014, la paciente, de 70 años de edad, acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN por presentar un cuadro de deposiciones diarreicas con sensación febril, sin otra sintomatología. Sensación nauseosa referida a los parches de buprenorfina (utilizados como analgésico) que suspendió el día anterior. Auscultación cardíaca rítmica y sin soplos. Luego de la exploración y las pruebas complementarias, se diagnostica: gastroenteritis aguda, infección urinaria y anemia en relación con las úlceras varicosas de EEII. Se pautó la terapia y el tratamiento adecuados, analíticas de control, recomendación de acudir al Servicio de Vascular y de regresar a Urgencias si acaso existiera nueva sintomatología.

- El día 29 de enero de 2014, la paciente acude de nuevo, por presentar edematización generalizada, más bradisíquica de lo habitual, estaba afebril y no tenía deposiciones, ni vómitos. En la exploración física, no presenta disnea, ni polipnea (frecuencia respiratoria), se explora la tensión arterial diastólica, sistólica, la frecuencia cardíaca, y la temperatura. Existen úlceras pretibiales crónicas, signos

de artritis en hombro, codos y metacarpofalángicas con gran impotencia funcional, edema en extremidad superior derecha que impresiona de cuadro infeccioso. La exploración destaca que el paciente ventila bien, el abdomen es normal y existe edema con úlceras en MMII. De las analíticas, destacar que los leucocitos habían disminuido en relación con los de la analítica del día anterior. Se diagnostica poliartritis invalidante —la paciente padecía artrosis primaria y periférica desde, al menos, el año 2006 y úlceras crónicas en piernas por insuficiencia vascular, de años de evolución

- El día 30 de enero de 2014, la paciente sufre un desvanecimiento en el cuarto de baño de su domicilio, avisan al SUC y acude una ambulancia medicalizada. Se inician medidas de soporte vital y durante el traslado al HUGCDN, la paciente presenta parada cardiorrespiratoria con disociación electromecánica, no respondiendo a las medidas de reanimación realizadas durante 15 minutos; por no existir cambios electrolíticos, al llegar al hospital se detienen las maniobras, siendo el paciente *exitus letalis* a las 9:20 horas del día 30 de enero de 2014, al ingreso de la Unidad de Críticos del HUGCDN.

- En el informe de autopsia del Servicio de Anatomía Patológica del HUGCDN, emitido el 16 de mayo de 2014, se determina que el padecimiento fundamental hallado fue una endocarditis aguda y la causa de la muerte, un taponamiento cardíaco.

4. Pues bien, dada la causa de la muerte, el SIP viene a informar, en primer lugar, que el taponamiento cardíaco, llamado también taponamiento pericárdico — causa de la muerte- es una emergencia médica, que en el caso analizado no se produjo en las estancias de los servicios asistenciales del Servicio Canario de la Salud, caracterizada por una elevada presión en el pericardio, generalmente por efusión pericárdica y acumulación de líquido a tensión, lo que anula la presión negativa intratorácica sobre el llenado cardíaco, comprimiendo al corazón y causando una resistencia a la expansión ventricular durante el llenado diastólico, haciendo que el llenado durante la diástole disminuya y el bombeo de sangre sea ineficiente, resultando por tanto, shock y con frecuencia, la muerte por parada cardiorrespiratoria, como así ocurrió.

Señalado esto, el SIP analiza tanto la asistencia prestada a la paciente el día 28 como el 29 de enero de 2014, justificando que, en cada caso fue correcta.

Así, por un lado, tal y como se deriva del informe del Coordinador de Urgencias, cuando la paciente acude el día 28 refiriendo cuadro de deposiciones diarreicas oscuras sin pus, con sensación febril, señala que está utilizando parches de buprenorfina de 35 (utilizados como analgésico) que se pone cada 24 horas y refiere sensación nauseosa con relación a ellos. Sus constantes a su ingreso no sugieren proceso grave (hipotensión, trastornos de la temperatura, alteración de conciencia), tan sólo ligera taquicardia, lo que se atribuye a su anemia crónica y al proceso por el que acudía a urgencias. En la exploración física realizada no se objetivan signos que pudieran orientar a otro diagnóstico que el establecido, ya que se le realizó auscultación cardíaca, rítmica y sin soplos, y analítica, así como exploración generalizada, de todo lo actuado se concluye como diagnóstico, en aquel momento, gastroenteritis aguada, infección del tracto urinario y anemia en relación con las úlceras varicosas en EEII. En las pruebas complementarias, asimismo, se obtuvieron datos objetivos que señalaban al proceso infeccioso urinario como causa del proceso de la paciente. Así fue diagnosticada y se le pautó el tratamiento correspondiente, con indicación de nuevas pruebas de control y acudir a Urgencias si tuviera nueva sintomatología.

Por otro lado, el día 29 la sintomatología era distinta; de hecho, ya no presenta deposiciones ni vómitos y estaba afebril.

Este día refería edematización generalizada y estar más bradisíquica de lo normal, pero, en este sentido, respecto de la bradisiquia, señala el informe del SIP que se trataba de una paciente hipertensa. Asimismo, presentaba edema en MMII.

En esta asistencia consta que se le realizó exploración completa en relación con la sintomatología: así, consta que no presenta disnea, ni polipnea (frecuencia respiratoria), se explora la tensión arterial diastólica, sistólica, la frecuencia cardíaca y la temperatura. Por otra parte, además de las úlceras pretibiales crónicas por insuficiencia vascular de años de evolución, y signos de artritis en hombro, codos y metacarpofalanges con gran impotencia, se observa edema en extremidad superior que impresiona de cuadro infeccioso. La exploración destaca que la paciente ventila bien, el abdomen es normal y existe edema con úlceras en MMII. Se diagnostica poliartritis invalidante y úlceras crónicas en piernas por insuficiencia vascular. Se trata de patologías que padecía la finada desde hacía años y que justificaban la sintomatología que presentaba, unido a la infección del día anterior.

Por su parte, los valores de fórmula leucocitaria habían mejorado respecto de los recogidos el día 28, por lo que había mejorado de su infección, diagnosticada y tratada desde el día anterior, correctamente.

Según el informe pericial aportado por los reclamantes, el edema es indicativo de la afectación cardíaca que presentó al día siguiente, alegando los reclamantes que no se realizaron pruebas para determinar la causa del edema.

En este sentido, por un lado, el informe del SIP señala, como se ha dicho, que la existencia de edema en la extremidad superior derecha impresionaba de cuadro infeccioso, puesto que éste existía, tal y como se había diagnosticado el día anterior dadas las pruebas realizadas. En cuanto al edema en los MMII, se atribuyó a la insuficiencia vascular que la paciente sufría desde hacía 20 años. Así, se señala por el informe del SIP:

«En cuanto a los edemas, señalar que el edema de pulmón detectado en la autopsia era leve y que en ningún momento, en vida de la paciente, se produjo disnea (dificultad respiratoria). Del resto cabría la posibilidad de ser compatible con la insuficiencia vascular de la que la paciente era tributaria desde hacía 20 años (tratada por el Servicio de Angiografía y Cirugía Vascular). A este propósito constatamos que, en el Informe Clínico del Servicio de Medicina Interna del año 2006, ya se señala la existencia de importante edema, en la ECO de partes blandas, practicada».

En su escrito de alegaciones, los interesados manifiestan su sorpresa por la alusión a un informe de 2006. Ahora bien, tal referencia pone de manifiesto que, cuando con anterioridad la paciente había sufrido edemas, su causa fue vascular, por lo que, dado que seguía en la actualidad con problemas vasculares por ser crónicos, se consideró coherente esta misma causa. A dicha conclusión se llegó porque, como justifica el SIP, en ningún momento, ni el día 28, ni el día 29, la paciente presentaba sintomatología propia de la patología que le produjo la muerte el día 30, que, por otra parte, se considera situación de emergencia.

Así, frente al informe pericial de parte (que señala que los edemas generalizados tienen como causas más frecuentes la insuficiencia renal, la insuficiencia cardíaca y la administración excesiva de líquidos intravenosos o insuficiencia hepática), el informe complementario del SIP precisa que las causas podrían ser otras también, así:

«Trombosis venosa, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, disfunción renal, síndrome nefrótico, retención de sodio, malnutrición, inflamación/hinchazón, insuficiencia vascular, retención de líquidos, cirrosis hepática.

Cabría la posibilidad de retención de líquidos, puesto que la paciente los habría perdido por las diarreas y vómitos sufridos en la gastroenteritis e infección urinaria, que le fue diagnosticada, el 28 de enero de 2014 (razón por la que se le pautó beber mucho líquido para evitar la deshidratación por los vómitos y diarreas, y, de hecho, señala al acudir a urgencias “ingesta de varios litros de agua”»).

Por todo lo expuesto, como bien señala la Propuesta de Resolución:

«lo que resulta claro a la luz del informe pericial aportado por la parte reclamante y del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, es que las posibles causas del edema que padecía la paciente podían ser de diversa índole, siendo por tanto complicado un diagnóstico diferencial de todas ellas por parte del Servicio de Urgencias, cuya función debe centrarse en prestar atención inmediata»

Además, como ha acreditado el SIP, dada la historia clínica de la paciente y el informe del Servicio implicado (informe del Coordinador de Urgencias), que los diagnósticos y tratamientos pautados fueron acordes a la sintomatología de la paciente presentados los días previos a su fallecimiento, habiéndose realizado todas las pruebas indicadas por la sintomatología y siendo los diagnósticos y tratamientos acordes con ellas y con los propios antecedentes de la paciente, que orientaban a ello, por lo que «ante la ausencia de otros signos de endocarditis, el edema era evidentemente compatible con la insuficiencia vascular» (tal y como afirma el informe complementario del SIP).

Por otra parte, ha de reiterarse aquí que, según se señala en el informe del SIP, lo que produjo la muerte de la paciente el día 30 fue un taponamiento cardíaco, llamado también taponamiento pericárdico, lo cual es una emergencia médica, que en este caso no se produjo en las estancias de los servicios asistenciales del SCS. Tal emergencia se caracteriza por una elevada presión en el pericardio, generalmente por efusión pericárdica y acumulación de líquido a tensión, lo que anula la presión negativa intratorácica sobre el llenado cardíaco, comprimiendo al corazón y causando una resistencia a la expansión ventricular durante el llenado diastólico, haciendo que el llenado durante la diástole disminuya y el bombeo de sangre sea ineficiente, resultando por tanto, shock y con frecuencia, la muerte por parada cardiorrespiratoria, tal como ocurrió.

Este taponamiento cardíaco, en los días previos no era sospechable, tal y como explica el informe del Coordinador de Urgencias. Así, el día 28 «en ningún momento

la paciente refiere el más mínimo síntoma que pudiera orientar a la etiología atribuida como causa de su fallecimiento, Endocarditis aguda. No refería, ni disnea, ni síntomas cardiovasculares, ni fiebre establecida ni episodios de bacteriemia en días previos, síntomas que pudieran alertar o indicar la posibilidad de dicho proceso. En la exploración física realizada, tampoco se objetivan signos (soplos, lesiones cutáneas, datos de mala perfusión, hipotensión) que pudieran orientar a otro diagnóstico que el establecido -infección del tracto urinario-. En las pruebas complementarias se obtuvieron datos objetivos que señalaban al proceso infeccioso urinario como causa del proceso de la paciente». Asimismo, el día 29, señala también aquel informe que «tampoco vuelve a presentar en la anamnesis y exploración física, ningún dato que sugiera la posibilidad de presentar un proceso cardiovascular como desencadenante de su asistencia a urgencias. Sus constantes a su ingreso en urgencias, siguen siendo normales, sigue sin referirse algún signo/síntoma (disnea, fiebre, bacteriemia, hipotensión) que orienten a una endocarditis e incluso los valores de fórmula leucocitaria eran más óptimos que los recogidos el día 28».

De todo lo expuesto ha de concluirse que no ha habido en ningún momento error de diagnóstico ni de tratamiento, y que en todo momento la actuación de los servicios médicos ha sido conforme a la *lex artis*, y que se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos existentes en todo momento. Tanto unos como otros fueron acordes en cada momento a la sintomatología presentada por la paciente y a sus antecedentes clínicos, sin que fueran exigibles *ex ante*, dada la clínica de aquella, como bien señala el SIP, otras pruebas tendentes a cualquier indagación en todas las posibles patologías que podrían concurrir, debiendo limitarse a las propias de la sintomatología que presentaba en aquellos momentos, en relación con los antecedentes obrantes en su historia clínica.

Así, deben considerarse clarificadoras las palabras de la Propuesta de Resolución, cuando señala, recogiendo lo alegado en el informe del SIP:

«(...) a cualquier enfermo se le debe diagnosticar -en atención urgente y luego de la correcta anamnesis y exploración- según los síntomas y signos que presente. Es obvio que la inmensa mayoría de los síntomas-signos de diarreas, epigastralgias, pirosis/acidez, náuseas, vómitos, dolor abdominal, pesadez/indigestión, infecciones del tracto urinario, no serían indicativos, de la existencia de una Endocarditis y por tanto no cabría sospecharla inicialmente, salvo que la aparición de un nuevo síntoma/signo, a lo largo de los 7 días de

evolución, arriba mencionados, para realizar un diagnóstico -en caso de que la forma de presentación fuese aguda-, así lo indicase.

En principio, el paciente debe ser tratado en función de lo que resulta más evidente, es decir, patologías/causas que se relacionen con los síntomas y signos que presente, máxime si se trata de una actuación médica urgente. Posteriormente, si la sintomatología no cede al tratamiento pautado, es indicado indagar sobre otras causas.

En este sentido, aclarar que, la enfermedad es un proceso evolutivo y como tal tiene fases. Resultaría fácil diagnosticar, con todas las fases expuestas. La sospecha diagnóstica está basada en la presencia de síntomas y signos.

Es preciso recordar, que un diagnóstico clínico de sospecha para identificar una enfermedad, se sustenta siempre en la anamnesis. Esta comprende la información proporcionada o recabada al propio paciente, sus antecedentes familiares y personales y la semiología que identifica síntomas y signos, a los que hay que añadir la exploración física y las pruebas complementarias que se solicitarán, si fuera menester, en base a la referida anamnesis. No cabe deducir una expectativa diagnóstica sin esta sistemática.

Por tal propósito no debe confundirse un retraso o un supuesto mal diagnóstico, con la toma de decisiones a medida que la enfermedad va conformando su sintomatología en el paciente.

La sospecha diagnóstica no surge de un ejercicio de intuición sino, muy al contrario, es un trabajo deductivo, por razón de síntomas y signos.

Indicar en relación con la atención prestada, que una vez conocido el diagnóstico definitivo de una patología y siempre a posteriori, -o por el/los Informes de la autopsia- es posible especificar con relativa facilidad, de haber existido la patología en toda su plenitud, qué pruebas hubieran guiado con prontitud a descubrirla. Sin embargo, si no existen los síntomas y signos suficientes, -como en el caso analizado- que nos hagan sospechar la patología que posteriormente se observará -en el caso analizado, la patología se observó por la autopsia-, no es justificable solicitar todas las pruebas al alcance y de modo sistemático»

Por ello, se considera que el Servicio de Urgencias del HUGCDN actuó correctamente, es decir, el funcionamiento de la Administración sanitaria ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*, debiendo desestimarse la pretensión de los reclamantes.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio, es conforme a Derecho, de acuerdo con la argumentación que se contiene en el Fundamento V.