



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 17 de mayo 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 a (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 157/2018 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual instado contra el Servicio Canario de la Salud, iniciado mediante escrito de reclamación presentado el 3 de mayo de 2016, a instancia de los reclamantes, siendo admitido a trámite mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud de fecha 22 de junio de 2016.

2. Los interesados cuantifican la indemnización en 97.060,63 euros. La citada cuantía determina la preceptividad del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias, 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), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación, pues no ha transcurrido el plazo prescriptivo de un año para reclamar.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento 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.

5. De conformidad con 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora 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 no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. Los reclamantes fundan su escrito en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO.- (...) (...) ingresó en el Servicio Digestivo del Hospital Doctor Negrín, el día 13 de mayo de 2015 para ser intervenida de forma programada de CPRE terapéutica en quirófano bajo anestesia general, el día 15 de mayo.

En el momento del ingreso en el Hospital (...) contaba con un buen estado de salud general (...).

Durante la operación tuvo sangrado papilar que se autolimitó con terapéutica con adrenalina 550 miligramos (...).

Al finalizar pasa a URPA, y durante su estancia en dicha unidad, la paciente refiere náuseas y dolor epigástrico requiriendo analgesia y antieméticos. Y por la tarde, por supuesta mejoría la trasladan a la habitación.

Desde que salió de la operación (...) se encuentra mal, se queja de dolor, hecho que puede ser corroborado por testigos.

Sobre las 15:30 o 16:00, la llevan a la habitación, y la paciente se queja llorando de dolor (...) al solicitar que la viera el médico, le dijeron que ya no estaba (...) hasta el día siguiente por la mañana que fue la médico residente (...).

(...) no fue debidamente asistida, ni en la operación, donde ocurrió algo que no se ha esclarecido a día de hoy, ni tras la misma, puesto que pese a las quejas continuas de la hija (...) a las enfermeras de que su madre se quejaba muchísimo de dolor, y que no se encontraba bien, y de que el estado de esta fue empeorando a lo largo del transcurso de las horas (...) no fue vista por ningún médico hasta la mañana siguiente, que fue visitada por un médico residente.

Tras la visita del médico residente, el estado de (...) empeoró con el resultado de fallecimiento de la misma. (...)

TERCERO.- Los daños por los que se reclama son consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria imputable a la Administración (...).

Al escrito de reclamación los reclamantes adjuntan a efectos probatorios documental y testifical oportuna.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), en su informe de 7 de septiembre de 2017, expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

«1.- La paciente de 72 años contaba con antecedentes de obesidad grado I, Hipertensión arterial de larga data, Dislipemia mixta, Cardiopatía hipertensiva y valvular (Estenosis aórtica severa, disfunción diastólica), Hernia de Hiato, Esofagitis severa.

2.- En fecha 29/08/2014 la paciente requirió asistencia en Urgencias por episodio compatible con Colecistitis aguda (inflamación aguda de la vesícula biliar), según datos clínicos y analíticos. Su evolución fue tórpida y precisó evaluación quirúrgica y cardiológica en las primeras horas de su ingreso, requiriendo vigilancia intensiva en Unidad de Críticos. Tras realizar Ecografía Abdominal se confirmó diagnóstico de Colelitiasis (litiasis vesicular) múltiple, sin signos de colecistitis. El cuadro agudo resolvió con soporte catacolamínico y antibioterapia intravenosa. La paciente sobrevive a este episodio y es dada de alta con los diagnósticos de: Cólico biliar, Anemia a estudio, Hipopotasemia leve, Insuficiencia renal aguda de probable origen prerenal. Se le indicó seguimiento por Consultas Externas de Medicina interna y por su Médico de Atención Primaria.

3.- En fecha 03/09/2014 la paciente fue valorada en consultas externas del Servicio de Medicina Interna y bajo la sospecha de coledocolitiasis (cálculos migrados a la vía biliar principal, el colédoco) deciden que dado el elevado riesgo quirúrgico de la paciente es necesario reevaluar la vía biliar en quirófano mediante técnica CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). En la consulta queda solicitado analítica de control, pruebas de control cardiológico e interconsulta a Cardiología, CPRE, interconsulta a Cirugía General Digestiva.

(...)

6.- El 13/01/2015 le fue realizada prueba de Ecoendoscopia, indicada tras valoración por Servicio de Cirugía General y Digestivo previo consentimiento informado. Dicha prueba confirma el diagnóstico de Colelitiasis, Coledocolitiasis. Se le prescribe Ursobilane y queda a la espera de realización de intervención quirúrgica mediante CPRE (es aconsejable la extracción de los cálculos de la vía biliar extrahepática en esa intervención, para en un segundo tiempo estimar las posibilidades quirúrgicas, para colecistectomía si la grave situación de la enferma lo permitía) por parte del Servicio de Cirugía General y Digestiva.

La ecoendoscopia o Ecografía (ultrasonografía) endoscópica del tracto digestivo superior consiste en la visualización y estudio de la pared del esófago, estómago, y duodeno y de regiones adyacentes (principalmente páncreas, vía biliar glándula suprarrenal izquierda, lóbulo hepático izquierdo y región mediastínica) con el paciente en decúbito lateral izquierdo mediante la introducción por la boca de un tubo flexible (ecoendoscopio) con un pequeño transmisor de ultrasonidos (ecógrafo) conectado a un procesador.

7.- En fecha 22/01/2015 es revisada nuevamente por Consultas Externas del Servicio de Medicina Interna y se le da el alta bajo los diagnósticos de Cardiopatía valvular e hipertensiva, Estenosis Aórtica Severa, Disfunción diastólica grado I, Anemia inflamatoria autolimitada coincidente con cólico biliar complicado sin anemia ni ferropenia actual, Hipertensión Arterial en tratamiento, Insuficiencia renal crónica estadio 3A, secundario a Hipertensión Arterial, Colelitiasis, Colédocolitiasis pendiente de CPRE. Se le prescribe Amlodipino en lugar de Enalapril por Hiperpotasemia ligera. Se remite a cardiología para seguimiento de Estenosis Aórtica severa y seguimiento por su Médico de Atención Primaria con control analítico de función renal e iones.

8.- En fecha 13/05/2015 la paciente ingresa de forma programada para la realización de CPRE terapéutica. Ya había pasado la consulta de Preanestesia el 22/01/2015 y el médico consideró que dado sus patologías concomitantes tenía un riesgo elevado (Riesgo ASA II-III), por lo que la CPRE se realizaría en Quirófano en lugar de en el Gabinete de Exploraciones Especiales del Servicio de Digestivo, como es habitual, para poder dar respuesta de forma rápida a cualquier eventualidad que pudiese surgir durante el procedimiento. La paciente es informada y en Historia Clínica se recoge el consentimiento informado firmado, así como también consta el consentimiento informado para la realización de CPRE firmado el día 14/05/2015. En dicho documento se pone de manifiesto:

La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica consiste en la visualización del tracto digestivo superior y en la introducción de contraste radiopaco en el interior de la vía biliar y pancreática a través de su desembocadura en el duodeno, con el paciente en decúbito lateral izquierdo mediante la introducción por la boca de un tubo flexible conectado a un videoprocador y asistido por radioscopia.

Con la CPRE se realizarán aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología, otros), como terapéuticos (esfinterotomía, dilatación, esclerosis,

electrocoagulación, colocación de sonda de drenaje, extracción o fragmentación de litiasis u otros cuerpos extraños), que sean aconsejables en la misma.

En ocasiones se precisa de la administración de medicación sedante o de otro tipo, que se necesaria o aconsejable para la mejor realización de la técnica.

Complicaciones:

Los riesgos posibles de la exploración incluyen: distensión del abdomen, dolor, mareo, hipotensión, flebitis, reacciones alérgicas, infecciones, hemorragia, perforación y, sólo excepcionalmente, arritmias y parada cardiorespiratoria. alguna de estas complicaciones puede ser grave y/o requerir intervención quirúrgica.

He advertido de la existencia de enfermedades, alergias y tratamientos que pudieran aumentar el riesgo de la endoscopia (...).

En la declaración consta "mediante el presente documento doy mi autorización para que se me realice el procedimiento CPRE".

9.- Facilitadas todas las informaciones, explicados los riesgos quirúrgicos, firmados los consentimientos, realizada la exploración física en paciente estable y afebril, realizados nuevos controles analíticos, radiográfico de Tórax y Electrocardiograma, la paciente entra en Quirófano para ser intervenida bajo anestesia general mediante CPRE el día 15/05/2015. Se realiza papilotomía, extracción de cálculos biliares, limpieza de la vía biliar con suero fisiológico y surge como complicación aguda autolimitada, sangrado papilar que se soluciona mediante esclerosis con 550 mcg (aproximadamente media ampolla, dosis justa y necesaria) de Adrenalina, sin más incidencias. Durante el procedimiento la paciente permanece estable hemodinámicamente, requiriendo bolos puntuales de Esmolol por Taquicardia supraventricular (TQSV). Al finalizar el procedimiento pasa a Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA) extubada, sin dolor y con buena mecánica ventilatoria.

10.- Durante su estancia en URPA la paciente refiere náuseas y dolor epigástrico requiriendo analgesia y antieméticos. Tras ser valorada por el Digestivo de guardia sobre las 14:45 horas, y siguiendo sus indicaciones se le colocó sonda nasogástrica, sueroterapia, dieta absoluta, analgesia y actitud expectante. Durante la tarde, varias horas después, estando la paciente estable, encontrándose mejor, con dolor controlado, fue trasladada a su habitación en planta de hospitalización, con las recomendaciones, indicaciones terapéuticas y controles analíticos evolutivos, para lo cual contaba también con el visto bueno del Servicio de Anestesia y del Médico Endoscopista (...).

11.- La paciente llega a planta a las 19:00 horas desde el Servicio de Despertar. Se encuentra hemodinámicamente estable, trae sonda nasogástrica, pendiente de primera micción (la paciente no porta sonda vesical), aseo en baño. Se le administra analgésico pautado (Nolotil) a las 19:20 horas. En horario nocturno se recoge en evolución de

enfermería, que está estable, descansa a intervalos, se queja de dolor en brazo derecho, débito de sonda nasogástrica escaso. En planta de hospitalización es monitorizada por enfermería. No precisa supervisión médica. Las notas evolutivas de enfermería no reflejan el requerimiento de la presencia del Médico de guardia, ni tampoco requirió valoración o atención por el Médico Digestivo de guardia.

12.- En la mañana del día 16 de mayo se valora la paciente por uno de los médicos adjuntos de hospitalización (no por un residente). Se objetivan parámetros analíticos de pancreatitis post-CPRE, fenómeno que no es inusual en este tipo de intervenciones y no pasa de ser una pancreatitis leve. La paciente permanecía hemodinámicamente estable, refiriendo mejoría clínica respecto al día anterior (“no dolor abdominal si no se toca el abdomen, deseando levantarse y empezar a comer”). Se decide observación en planta mediante nuevo control analítico urgente, se pauta antibioterapia profiláctica, se indican sonda vesical con control estricto de diuresis, dieta absoluta y continuar con sonda nasogástrica. Los signos analíticos de pancreatitis hace al médico estar más atento a su evolución, pero lo habitual es que el enfermo permanezca cómodo en su habitación, no requiriendo vigilancia en Unidad de Críticos.

La pancreatitis en estos casos está íntimamente ligada a las complicaciones/daños que la producen, pudiendo desencadenarse por un daño mecánico, causado por edema del conducto pancreático y de la papila debido a la instrumentación y manipulación de la vía. El daño químico o alérgico se asocia a la inyección de contrastes, que también pueden ejercer un daño hidrostático por el aumento de la presión ductal. El daño térmico, ejercido por la corriente aplicada durante la esfinterotomía, y la infección de la vía pancreática principalmente por bacterias del tracto digestivo. El bloqueo de la secreción acinar parece ser; según modelos experimentales, el evento inicial a nivel celular; independientemente del mecanismo, con la consiguiente acumulación granular y posterior fusión vacuolar. A nivel molecular una vez sufridos estos cambios, el desencadenante sería la activación de la tripsina y toda su vía enzimática, con la consiguiente autodigestión tisular.

13.- Tras levantarla de la cama sufre hipotensión ortostática (manifestado por mareo y sudoración) sin signos de sangrado digestivo, que responde adecuadamente a la sueroterapia administrada, quedando estabilizada.

La hipotensión ortostática (HO) se define como la caída de la presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 20 milímetros de mercurio (mmHg) o de la presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 10 mmHg que ocurre en los 3 minutos posteriores de pasar de la posición supina a la posición erguida.

14.- Sobre las 13:00 horas la paciente se desestabiliza bruscamente, precisando nueva evaluación médica. Los signos clínicos indicaban riesgo de reflejo vasovagal versus sangrado digestivo posesfinterotomía. Descartado el sangrado digestivo mediante exploración específica y con datos analíticos indicativos de evolución a un Síndrome de Respuesta

Inflamatoria Sistémica se decide realización de TAC abdominal urgente (aceptado por los familiares y la paciente) para descartar perforación intestinal y signos de pancreatitis grave.

El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), es una entidad clínica secundaria a una patología subyacente, la cual debe ser identificada para instituir el tratamiento adecuado. El proceso inflamatorio se produce y mantiene por la actividad de células inflamatorias que sintetizan y secretan mediadores pro y antiinflamatorios, conjunto que se puede englobar bajo el término Sistema Celular Inflamatorio (SCI). La misión del SCI es proteger nuestro organismo eliminando cualquier noxa, recuperar la homeostasis y favorecer la reparación de los tejidos dañados. Cuando la activación del SCI es sistémica (perforación, shock, sepsis) se genera una producción masiva de citoquinas (tormenta de citoquinas) dando origen al SRIS, entidad severa que puede derivar en falla multiorgánica con riesgo de muerte.

15.- Activado el soporte médico de la Unidad de Medicina Intensiva se decide traslado a Radiología con soporte médico y de enfermería. En su estancia en Radiología tras la realización de TAC la paciente sufre parada cardiorrespiratoria de la cual es reanimada, y debido a no disponer de camas en UMI es trasladada a URPA en situación de shock con lactacidemia y fallo multiorgánico (insuficiencia cardíaca con edema agudo de pulmón, insuficiencia respiratoria severa e insuficiencia renal), en las siguientes horas su evolución fue tórpida, su función cardíaca estaba muy deteriorada, sufriendo episodios recurrentes de inestabilidad hemodinámica y finalmente la paciente fallece.

16.- El estudio de imagen TAC no confirmó la perforación abdominal, por lo que muy probablemente por los datos clínicos, analíticos y el TAC abdominal la causa de la muerte fuera la pancreatitis post-CPRE que originó una respuesta inflamatoria sistémica en una paciente con alto riesgo cardíaco, cuya cardiopatía valvular aórtica severa con disfunción diastólica contribuyó de manera significativa a acelerar y agravar todo el proceso que finalizó con el fallecimiento (...).

De acuerdo con los hechos que acaban de exponerse, el SIP concluye, entre otras consideraciones, lo siguiente:

«1.- A tenor de la historia clínica no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta o inadecuada (...).

2.- La paciente pasó por todas las evaluaciones previas, realizándose todas las pruebas analíticas y de imagen adecuadas (...). La paciente es informada, conoce, comprende y acepta la intervención quirúrgica, y asume que pueden presentarse riesgos o complicaciones, mediante su firma. (...).

9.- De los informes emitidos en el expediente se debe inferir que se ha respetado la buena práctica médica, en el curso del tratamiento otorgado a la paciente y comprobamos la

correcta utilización de medios materiales y personales en los servicios asistenciales del Servicio Público de Salud.

10.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia de la ciencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos actualizados (...)».

3. En cuanto a la continuación del presente procedimiento administrativo, el órgano instructor dictó acuerdo probatorio, incorporando al expediente la documental propuesta por las partes interesadas y practicando la testifical solicitada.

4. Se concedió a los reclamantes el preceptivo trámite de audiencia, que fue notificado oportunamente, sin que los interesados hayan formulado alegaciones.

5. Finalmente, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por los reclamantes al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo (véase, por todos, el reciente Dictamen 167/2018, de 23 de abril), 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 dicho funcionamiento, de acuerdo con el art. 139.1 LRJAP-PAC. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria

(art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En su Sentencia de 11 abril 2014, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo expone sintéticamente 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 con 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)».

En el mismo sentido, la 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 (...)».

3. Con arreglo a la doctrina jurisprudencial que acaba de ser expuesta, este Consejo ha señalado reiteradamente 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 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 sólo 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 (véase, por ejemplo, el DCC 382/2015).

IV

1. En el presente procedimiento, la pretensión resarcitoria se formula, resumidamente, de acuerdo con el razonamiento según el cual de haber recibido la paciente la atención médica y asistencia sanitaria adecuadas se le hubiera otorgado la posibilidad de evitar el fatal desenlace.

2. Sin embargo, este Consejo Consultivo no puede compartir este criterio. La documental que figura en el expediente acredita sin duda alguna (como recuerda asimismo el informe del SIP) que a la paciente se le practicaron todas las evaluaciones previas a la intervención, realizándose todas las pruebas analíticas y de imagen indicadas, habiendo sido asistida en las consultas de Medicina Interna, Cardiología, Digestivo, Preanestesia. Además, resultaba evidente que el factor concurrente de que la paciente tenía una salud delicada. Por otra parte se confirma que la afectada fue debidamente informada del procedimiento quirúrgico al que se iba a someter y los riesgos inherentes a la misma asumiéndolos mediante su firma en el documento del consentimiento informado.

Por tanto, no se privó a la paciente de determinadas expectativas de curación que debieran, en su caso, ser indemnizadas, pues desde que se tuvo constancia de la urgencia tanto en quirófano como posteriormente ante los episodios de desestabilización y parada cardiorrespiratoria fue atendida inmediatamente, tal y como demuestra la documental médica que consta en el expediente.

En el mismo sentido, todos los informes médicos concluyen, al igual que el SIP, que se utilizaron los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles adecuada y rápidamente de acuerdo con el estado de salud de la paciente. Además, se actuó en todo momento de acuerdo con el protocolo médico establecido como se prueba en la documental adjunta.

3. En definitiva, del expediente estudiado se desprende que se ha respetado la buena práctica médica en la actuación dispensada a la paciente desafortunadamente fallecida. Igualmente, se ha demostrado la correcta utilización de medios materiales y personales de los servicios sanitarios, que actuaron conforme a la mejor práctica médica, no siendo factible exigir de aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo esta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados.

Por el contrario, los interesados no han probado que los daños por los que reclaman hayan sido consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación presentada, se considera conforme a Derecho con arreglo a la motivación que se contiene en los Fundamentos III y IV.