



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 294/2018

(Sección 2ª)

La Laguna, a 22 de junio 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 245/2018 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un Organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. La interesada en este procedimiento solicita una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Esta cantidad determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del 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). Esta Ley es aplicable en virtud de lo establecido en 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.

---

\* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

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 dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima LPACAP.

## II

1. (...) y (...), actuando en nombre y representación de la comunidad de herederos de (...), formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños morales derivados del fallecimiento de su hermano como consecuencia del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

Las reclamantes sostienen que su hermano falleció el 16 de marzo de 2013 como consecuencia de la negligencia profesional y mala praxis de los facultativos médicos que lo atendieron durante su ingreso los días 12 a 16 del citado mes y año en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Fundamentan esta mala praxis en el hecho de que, en su opinión, no se utilizaron los recursos necesarios para evitar su empeoramiento y posterior fallecimiento, manteniéndolo en planta a pesar de la gravedad de su estado.

En trámite posterior solicitan por los daños padecidos una indemnización que asciende a la cantidad de 77.000 euros.

2. En el presente procedimiento las reclamantes ostentan la condición de interesadas en cuanto titulares de un interés legítimo, ya que pretenden el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera moral como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a su hermano.

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 hermano de las reclamantes acaeció el 16 de marzo de 2013 y la reclamación fue presentada el 14 de marzo de 2014, dentro del plazo de un año que al efecto prevé 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.

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 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo que se dicte resolución, 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 25 de abril de 2014 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, constando en el expediente los informes de los Servicios de Unidad de Medicina Intensiva, Reumatología y Hematología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN), así como copia de la historia clínica del paciente obrante en el citado Centro hospitalario. Asimismo emitió informe el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP). Por parte de las reclamantes se propuso en periodo probatorio dictamen pericial de valoración forense de las imágenes y del procedimiento seguido, que se aporta al procedimiento.

Consta también en el expediente que con fecha 30 de agosto de 2017 se notifica trámite de audiencia a las interesadas, que presentan escrito solicitando la suspensión del plazo otorgado hasta la recepción del expediente administrativo, cuya copia fue solicitada. Presentan posteriormente alegaciones, fuera del plazo concedido, en las que reiteran sus consideraciones acerca de la negligencia médica que consideran producida en la atención prestada a su hermano.

Con fecha 9 y 14 de noviembre de 2017 se da traslado al SIP del informe pericial aportado por las interesadas, así como de su escrito de alegaciones presentado con ocasión del trámite de audiencia. El SIP emite informe complementario con fecha 14 de noviembre.

El 16 de noviembre de 2017 se otorga nuevo trámite de audiencia a las interesadas, que presentan alegaciones en las que manifiestan que el nuevo informe del SIP no aporta ningún dato adicional a los ya conocidos y evidencia la inactividad de los hematólogos del HUGCDN, que no valoraron al paciente.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que ha sido considerada conforme a Derecho por la Asesoría Jurídica Departamental [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero].

### III

1. Por lo que se refiere al fondo, en el expediente constan acreditados los siguientes hechos, de conformidad con los datos consignados en la historia clínica del paciente, tal como han sido puestos de manifiesto por el SIP:

- El día 11 de marzo de 2013, el paciente de 49 años de edad, ingresa en el Servicio de Urgencias del HUGCDN, por presentar lesiones habonosas/flictenas en ambos miembros inferiores y edemas dolorosos en rodilla y dorso de la mano derecha, de entre 1 y 3 días de evolución. No refirió traumatismo previo ni relató ningún otro antecedente desencadenante, salvo que la rodilla se le solía inflamar y tomaba el antiinflamatorio Voltaren (AINE), para el dolor. Tras la exploración preceptiva y las pruebas complementarias pertinentes, se hace diagnóstico de sospecha de: artritis rodilla/artritis séptica de rodilla izquierda y celulitis mano derecha y pierna izquierda. Se decide interconsulta con el Servicio de Reumatología.

- El médico reumatólogo acude al Servicio de Urgencias y practica una artrocentesis en la rodilla izquierda del paciente, obteniendo muestras para estudio bioquímico y cultivo. Se pautó tratamiento antibiótico con cloxaciclina. La artrocentesis reveló cristales de urato compatible con crisis de gota.

- En fecha 12 de marzo de 2013, el paciente ingresa en el Servicio de Reumatología. Dada la persistencia de la febrícula, el aspecto pseudopurulento del líquido sinovial y la importante elevación de la proteína C reactiva (PCR), se repitió al artrocentesis, para descartar una artritis séptica coexistente. Se mantuvo la antibioterapia. Pese a ello, algunas flictenas evolucionaron hacia la necrosis; apareciendo, además, signos de artritis en la muñeca derecha. La ecografía Doppler urgente del día: 13 de marzo de 2013 reveló una tenosinovitis de tercer grado. Se practicó una punción que mostró un líquido purulento con abundantes polimorfos nucleares, cristales de urato (gota). Sin embargo el cultivo fue negativo.

- El 14 de marzo de 2013, el enfermo comenzó a mejorar de sus lesiones, con los tratamientos pautados y administrados, manteniendo aceptable el estado general, con hemodinámica estable y adecuada. Se hace interconsulta con Dermatología, por sospecha de paniculitis asociada. Dermatología propuso biopsiar alguna lesión (nodosa/flictenar), al día siguiente, con el objetivo de generar un diagnóstico. Sin embargo en la tarde del día 14 el paciente comienza con náuseas e hipotensión, siendo valorado por el Servicio de Medicina Interna, quien indicó: "Yo creo que las náuseas y los vómitos han precipitado la hipotensión". Medicina Interna pautó sueroterapia y se remontó la situación.

- No obstante, en la mañana del 15 de marzo se constató en el enfermo un empeoramiento de su estado general, además de la aparición de flictenas en el antebrazo derecho y tumefacción en vaina de los extensores de la mano derecha. Se realizó una nueva ecografía urgente articular y de partes blandas. La Ecografía mostró tenosinovitis, por lo que se le practicó una punción en la vaina de los extensores, obteniendo abundante pus. Se planteó el drenaje del proceso séptico periarticular, por lo que se hizo interconsulta al Servicio de Traumatología, quien practicó punción, drenando el material purulento. Se pautó dieta absoluta tras la punción, estando pendiente de quirófano, haciendo entrega del documento de consentimiento informado.

También se realizó analítica urgente que mostró fracaso renal agudo con acidosis e hipoxemia y se hizo interconsulta al Servicio de Nefrología.

Al presentar leucocitosis, neutrofilia, fiebre, mareos, hipotensión arterial, fracaso renal, acidosis, hipoxemia, además de gota poliarticular, celulitis necrotizante de antebrazo y shock séptico, pese a los tratamientos pautados, es por lo que se decide el ingreso del paciente en la UMI, en la mañana del día 15 de marzo de 2013, para monitorización, soporte hemodinámico y continuar desde esa Unidad con los estudios pendientes y los tratamientos.

- Durante las diez primeras horas de su ingreso en UMI, el paciente expresó y mostró signos de mejoría, con los tratamientos efectuados. Sin embargo, a las 15 horas del ingreso en UMI, el enfermo experimentó súbitamente empeoramiento de su estado clínico, con trabajo respiratorio, disnea, taquicardia sinusal, hipotensión e inquietud. A partir de ese momento se colocó reservorio de O<sub>2</sub>, se realizó Rx de tórax y gasometría. Puesto que el trabajo respiratorio no mejoraba y la mecánica toraco-abdominal empeoraba, se procedió a intubación orotraqueal (IOT) y ventilación

mecánica invasiva (VMI) y se pautaron más vasopresores. La bradicardia no mejoraba, no existiendo respuesta a la atropina y adrenalina, complicándose con bradicardia sinusal gradual. Finalmente el día 16 de marzo el enfermo entra en asistolia, tras reanimación cardio-pulmonar (RCP) avanzada, de casi una hora y sin respuesta clínica, con recuperación del ritmo sinusal (probablemente por la adrenalina suministrada), pero sin pulso. Fue *exitus letales* a las 10:00 h del día 16 de marzo de 2013. Se solicitó autopsia.

- Las causas del *exitus* fueron: shock séptico por artritis infecciosa y probable tenosinovitis infecciosa, neumonía derecha e insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda oligúrica, coagulación intravascular diseminada (CID), síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y fallo multiorgánico.

- Los resultados anatomopatológicos realizados post mortem, tanto por HUGCDN como por el Hospital Clínico de Barcelona, revelaron la existencia de una leucemia mieloide aguda (LMA).

2. Las reclamantes sostienen que la asistencia sanitaria que se le prestó a su hermano en el Centro hospitalario durante los días 12 a 16 de marzo de 2013 fue negligente. Consideran que no se pusieron a su disposición todos los medios precisos para evitar su empeoramiento y posterior fallecimiento. En trámite de audiencia, con base en la pericial aportada, añaden que no se agotaron en esta asistencia sanitaria las medidas diagnósticas encaminadas a establecer un diagnóstico precoz del proceso, sino que, por el contrario, se limitaron a realizar repetitivamente un diagnóstico basado en pruebas o estudios que ofrecían limitaciones evidentes y que impidió que el paciente fuese valorado por un especialista en Dermatología capaz de establecer un juicio diagnóstico de sus lesiones. En este sentido, afirman que se anclaron en un diagnóstico de gota por los elevados niveles de ácido úrico a pesar de que éstos podían tener como causa directa la leucemia que sufría el paciente y que no fue diagnosticada. Estiman por ello que se privó al paciente de una oportunidad terapéutica, ya que no se le administró tratamiento oncológico, lo que finalmente condujo a su óbito.

Por el contrario, la Propuesta de Resolución estima que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue ajustada a la *lex artis*, ya que al paciente se le hicieron las pruebas diagnósticas pertinentes de acuerdo con los síntomas presentados en cada momento, sin que se revelaran signos del posible padecimiento de la leucemia mieloide aguda. Con base en los informes médicos obrantes en el expediente se argumenta además que, aún en el supuesto de que ésta hubiera sido detectada, no

se hubiese podido llevar a cabo la punción de la médula ósea, que es el método de diagnóstico habitual, ni la situación clínica del paciente hubiera permitido instaurar un tratamiento adecuado para este proceso.

3. El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución exige considerar, ante todo, que la *lex artis ad hoc* es el parámetro que determina la corrección de la asistencia sanitaria y, por ende, la posible existencia o inexistencia de responsabilidad patrimonial de la Administración (SSTS de 24 de septiembre de 2004, 23 de septiembre de 2009, 29 de junio de 2011, 4 de junio de 2013, 11 de abril de 2014, 19 de mayo de 2015, 9 de febrero y 18 de julio de 2016, entre otras muchas).

A estos efectos es preciso tener en cuenta que 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 se constituye así como una obligación de actuar, sin que esta obligación incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria, ya que en la actualidad no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste pues en el cumplimiento de una obligación de medios y 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 es necesario 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.

4. La plasmación de esta doctrina en el presente caso conduce a afirmar que se pusieron a disposición del paciente los medios diagnósticos y tratamientos precisos de acuerdo con los síntomas y la evolución presentada, por lo que se cumplieron las exigencias que determina la *lex artis* en los términos que acaba de exponerse.

Así, consta acreditado que tanto en el momento del ingreso del paciente en el Centro hospitalario como en los días posteriores no se evidenciaron síntomas en el cuadro clínico presentado que hicieran sospechar o directamente diagnosticar una leucemia en un paciente crítico, que tampoco era previamente conocido. Conforme resulta del informe del Servicio de Reumatología, en el momento en que fue valorado en el Servicio de Urgencias, el paciente presentaba lesiones habonosas/flictenas en ambos miembros inferiores y edemas dolorosos en rodilla y dorso de la mano derecha, de entre 1 y 3 días de evolución. En este momento, tras la exploración y las pruebas complementarias pertinentes, se hizo un diagnóstico de sospecha de artritis, rodilla/artritis séptica de rodilla izquierda y celulitis mano derecha y pierna izquierda, por lo que se cursó interconsulta al Servicio de Reumatología, que decidió su ingreso hospitalario para estudio y tratamiento. En este Servicio se inició tratamiento antibiótico, ante la posibilidad de una artritis séptica, dado que el paciente presentaba febrícula y lesiones cutáneas, y se estableció el diagnóstico de crisis gotosa por la presencia de abundantes cristales de urato monosódico en líquido sinovial. Se realizó también interconsulta el día 14 de marzo al Servicio de Dermatología, sospechándose el diagnóstico de una paniculitis asociada, motivo por el que se planifica una biopsia cutánea para el día siguiente, si bien no se llegó a realizar ante el empeoramiento del paciente, que desembocó finalmente en su fallecimiento.

Como juicio clínico final, se expone en este informe que, dado el aspecto purulento de los líquidos sinoviales, con marcado consumo de glucosa y la extrema elevación de la PCR, impropios de una crisis gotosa, se valoró que el paciente presentaba además de la gota una complicación infecciosa. En este sentido, se argumenta que, si bien los cultivos realizados resultaron negativos, este resultado sin



embargo no es determinante, ya que puede explicarse por el tratamiento antibiótico precoz y no excluye el diagnóstico de la infección, pues esta negatividad puede suceder en el 10-30% de los casos de artritis séptica. En opinión del facultativo del Servicio de Reumatología que suscribe el informe, esta infección fue favorecida probablemente por la leucemia, que comporta una situación de inmunodepresión, y no respondió al tratamiento habitual, a pesar de que éste se instaura desde el primer momento, cursando finalmente con un shock séptico.

Por lo que se refiere a la ausencia de diagnóstico de la leucemia, son coincidentes los informes obrantes en el expediente en afirmar que no existían síntomas en el paciente que hieran sospechar un proceso de este tipo.

En el mismo informe ya citado se pone de relieve que los hallazgos analíticos del paciente fueron en todo momento perfectamente compatibles con los procesos infecciosos e inflamatorios sospechados y no evidenciaban datos sugerentes de una posible leucemia. Se indica asimismo la posibilidad de haber podido alcanzar su diagnóstico si se hubiera podido llevar a cabo la biopsia cutánea que se había planificado, si bien el curso repentino y desfavorable del cuadro impidió que se llevara a cabo.

En el mismo sentido informa el Servicio de Hematología que los datos clínico-biológicos del paciente no hacían sospechar un proceso hematológico maligno, indicando que, en cuanto a la evolución de la analítica hematológica, los valores del hemograma permanecieron dentro de la normalidad, excepto el descenso paulatino de las cifras de plaquetas, lo que resultaba compatible con el cuadro séptico que sufría el paciente. Se revisó también en dos ocasiones el frotis de la sangre periférica al microscopio y se observó, en la primera (12 de marzo) una desviación izquierda, que el equipo interpreta como monocitos y, en la segunda (15 de marzo), neutrófilos hiposegmentados e hipogranulados y linfocitos de aspecto estimulado, observación totalmente inespecífica que resulta también compatible con la infección. En cuanto al estudio de coagulación, que se solicitó el día 12 de marzo, fue rigurosamente normal y en el del día 15 se observan alteraciones inespecíficas que podrían ser compatibles con una hepatopatía o con el inicio de una coagulación intravascular diseminada, en el seno de una sepsis, que fue tratada por su médico correctamente con transfusión de plasma y concentrados de plaquetas.

Por último, tanto el informe del Jefe de Servicio de la Unidad de Medicina Intensiva como el SIP indican que no había nada en el cuadro clínico del paciente que

hicieran sospechar la presencia de una leucemia de base. A mayor abundamiento, indican que el Servicio de Hematología del HUGCDN dispone de un equipo denominado Shielding con alarmas protocolizadas para detectar en las muestras de sangre analizadas blastos en sangre periférica, sin que en ningún momento se evidenciaran en el caso del paciente.

De todo ello resulta que el paciente fue diagnosticado de artritis infecciosa gotosa y que se trataba de un diagnóstico acorde con los síntomas presentados, para los que recibió tratamiento. Estos síntomas por lo demás no evidenciaron en ningún momento la posibilidad de padecer una leucemia, ya que, singularmente, las analíticas de sangre practicadas no eran sugerentes de un padecimiento de este tipo y sí resultaban compatibles con la infección.

Por otra parte, aun en el supuesto de que inicialmente se hubiera sospechado la leucemia, no hubiera sido posible ni la práctica de la prueba diagnóstica adecuada para su diagnóstico (punción de la médula ósea), por el alto riesgo de extender la infección al resto del organismo, ni se hubiera podido instaurar tratamiento oncológico, dada la situación clínica del paciente (informes del Servicio de Hematología y del SIP). Por ello no se produjo pérdida de oportunidad para el paciente, ya que aunque la enfermedad hubiera sido detectada su estado previo impedía llevar a cabo actuación sanitaria alguna.

Se ha de concluir por ello que no concurren en el presente caso los requisitos necesarios para que proceda la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, se estima conforme a Derecho la Propuesta de Resolución.

## 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.