



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 453/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de octubre 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 a su madre (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 432/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el 5 de septiembre de 2018 (RE 10 de septiembre de 2018), es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. 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. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que reclama, que es el fallecimiento de su madre, (...) [art. 4.1.a) LPACAP].

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

Asimismo, también ostenta la condición de interesado (...), quien se persona a lo largo del procedimiento al ser requerido por la Administración, por ser también hijo de la fallecida y, por ende, ostentar también un interés legítimo.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de 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.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Por otro lado, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la interesada interpuso su reclamación el 12 de abril de 2017, respecto de un daño que quedó determinando con el fallecimiento de (...), el 1 de noviembre de 2016.

Ha de decirse que la interesada había presentado reclamación por los mismos hechos en impreso oficial en el ámbito sanitario el 4 de noviembre de 2016, que le fue respondida por el Coordinador de Urgencias el 18 de noviembre de 2016 justificándose el traslado de la paciente a un centro concertado. No se tramitó como reclamación de responsabilidad patrimonial por no inferirse tal pretensión de aquella.

III

1. La interesada, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que funda la presente reclamación:

«(...) SEGUNDO. Que (...), es llevada a urgencias por un cuadro de disnea, siendo ingresada en observación el 30 de octubre de 2016 a las 20:11. Se queda ingresada en

urgencias del Hospital Dr. Negrín porque se encontraba muy débil. La doctora que la estaba tratando nos dijo que nos podíamos ir. Que mi madre se quedaría ingresada en observación del servicio de urgencias unos días. Hasta que se estabilizara. Y hasta por la mañana no podíamos pasar.

TERCERO. Que el 31 de octubre de 2016, a las 8:00 horas, nos avisan por teléfono que mi madre iba a ser trasladada a otro centro hospitalario. Nosotros les pedimos que se esperaran a que alguno de nosotros estuviéramos en el hospital para verla y que nos explicaran cómo se encontraba.

Dejar constancia que en ningún caso nosotros autorizamos su traslado, y no nos dejaron tiempo a reaccionar ni siquiera esperaron a que un familiar llegara a tiempo al servicio de urgencias.

CUARTO. Que el día 31 de octubre, mi madre es trasladada al Hospital (...), que el médico que la trató ahí nos comenta que mi madre llegó sin ningún informe, ni constancia de cuál era su tratamiento habitual, ni siquiera con resultado de las analíticas. El Dr. (...) nos comenta que solo le habían comentado que tenía líquido en los pulmones y que le habían puesto un diurético para ir eliminando el líquido.

QUINTO. Quiero destacar que en el hospital (...) le hicieron analíticas y electrocardiograma. Y le pautaron un tratamiento y le hicieron una analítica general.

SEXTO. Que ante esta situación, finalmente mi madre fallece el 1 de noviembre de 2016, a las 6:00. Y el diagnóstico que pone en el informe es insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia respiratoria aguda, infección respiratoria aguda y los previos de cardiopatía isquémica crónica e hipertensión arterial.

Considero que mi madre debió seguir en observación del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, por el cuadro grave que presentaba y no trasladarla en esas condiciones a ningún otro centro hasta que estuviera estabilizada. Y menos sin tener la autorización de un familiar para ser trasladada».

El resultado de muerte de la madre de la reclamante se imputa, según ésta, a la consideración de que «el traslado rápido a otro centro, dada la edad y antecedentes clínicos de la fallecida, se considera un descuido absolutamente inexcusable, pues si hubiese permanecido en observación, con las pruebas realizadas, el tratamiento podía haber sido más adecuado y se hubiese podido apreciar la afectación infecciosa que presentaba y adoptar las decisiones consecuentes que, en ningún caso, era el traslado a otro centro».

Se solicita una indemnización que no se cuantifica, a la espera de informe pericial que, no obstante, no llega a aportarse durante el procedimiento.

2. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan las siguientes actuaciones:

- El de 27 de abril de 2017 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada para subsanar su reclamación. De ello recibe notificación el 11 de mayo de 2017. Ésta aporta lo requerido el 25 de mayo de 2017, entre lo que consta ratificación de su hermano, (...), en los términos de la reclamación presentada, personándose como parte interesada el 23 de marzo de 2018.

- Por Resolución de 2 de junio de 2017, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada. De ello recibe notificación el 15 de junio de 2017.

- El 5 de junio de 2017 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 28 de febrero de 2018.

- El 14 de septiembre de 2018 se persona en el procedimiento representante acreditado de la clínica (...), si bien se aparta el 13 de abril de 2018 por no ser parte en el procedimiento.

- El 6 de marzo de 2018 se dicta acuerdo probatorio, del que recibe notificación la interesada el 15 de marzo de 2018 y su hermano el 13 de marzo de 2018. El 23 de marzo de 2018 se propone testifical de médico del (...), se indica que no es posible aún cuantificar la reclamación a la espera de informe pericial y designa la interesada representante.

- El 2 de abril de 2018 se insta a los interesados a aportar de pliego de preguntas a realizar en la testifical, lo que se realiza el 20 de abril de 2018.

- El 26 de abril de 2018 se cita al testigo propuesto, realizándose la práctica de prueba testifical el 9 de mayo de 2018, con el resultado que obra en el expediente.

- El 16 de mayo de 2018 se confiere a los reclamantes trámite de audiencia, de lo que reciben notificación el 22 y 28 de mayo de 2018, compareciendo el representante de la reclamante el 5 de junio de 2018 para retirar determinada documentación, sin que conste presentación de alegaciones.

- El 21 de junio de 2018 se dicta Propuesta de Resolución desestimando la pretensión de los interesados, constando en igual sentido borrador de resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, lo que fue informado favorablemente por el Servicio jurídico el 3 de agosto de 2018. Así pues, se dicta Propuesta de Resolución definitiva el 3 de septiembre de 2018 en aquel sentido.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial, del SIP, concluyendo adecuadamente:

«(...) Con la paciente estable, diagnosticada y con tratamiento pautado, no grave tal y como alega la reclamante, doce horas después de haber estado en observación en urgencias y ante la no existencia de datos o sintomatología alguna que contraindicara su traslado, en base a criterios funcionales, teniendo en cuenta que era una paciente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria y padecía múltiples patologías crónicas avanzadas (entre otras, diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución con complicaciones, retinopatía diabética, cardiopatía isquémica crónica con enfermedad arterial coronaria de 2 vasos, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, obesidad, insuficiencia venosa crónica), se decide su traslado a centro concertado para continuar tratamiento, actuación coherente en el contexto clínico y funcional de la paciente.

Asimismo, debe advertirse, tal y como consta en el historial médico de la fallecida, que (...) llega hemodinámicamente estable al Hospital (...), hecho corroborado por el Dr. (...) (facultativo que la atiende en el referido centro) tanto en el informe emitido como en la testifical practicada a instancia de la reclamante donde afirma, ante la pregunta de si la paciente no debía ser trasladada en las condiciones en que se encontraba, que la fallecida era una paciente pluripatológica y es el tipo de paciente que se les remiten una vez estabilizados.

Es ingresada en el Hospital (...) bajo el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva. A su llegada, es valorada por el médico de guardia quien, tras recibir toda la documentación del hospital de referencia, estableció el tratamiento oportuno. Se le practica analítica de control (en el que se objetiva una discreta mejoría con respecto a la realizada en urgencias del Hospital Dr. Negrín) y electrocardiograma (en el que no se evidenciaron cambios sobre los ya conocidos de su cardiopatía de base) y se decide que suba a planta a Medicina Interna, pues se encuentra estable, para seguimiento.

Es diagnosticada, tras anamnesis, exploración física y pruebas realizadas, de insuficiencia cardíaca congestiva (idéntico diagnóstico que el emitido por el servicio de urgencias del Hospital Dr. Negrín) y posible infección respiratoria, aunque no presenta fiebre ni figura anotado que presente tos con expectoración.

Durante su estancia en planta de Medicina Interna, se le administraría el tratamiento pautado, se le realizaron cambios posturales y cuidados de enfermería, manteniéndose estable hemodinámicamente y afebril siendo exitus de forma repentina, muy probablemente, a juicio del Dr. (...), por evento cardiovascular respiratorio agudo sobrevenido, situación que no es infrecuente en este tipo de pacientes».

2. Pues bien, efectivamente, debe ser desestimada la reclamación interpuesta, en los términos señalados en la Propuesta de Resolución.

Y es que, como bien se señala en ella, la atribución de responsabilidad de los reclamantes a la Administración por lo que debe considerarse una «pérdida de oportunidades» de curación de la paciente, por falta de permanencia en observación en el Servicio de Urgencias en el Hospital Dr. Negrín hasta su estabilización, en lugar de su traslado a la Clínica (...), ha quedado desvirtuada por la relación de atenciones dispensadas a la paciente en su historia clínica y su estado en cada momento.

Así, se derivan de la historia clínica de la reclamante, tal y como se señala en el informe del SIP, los siguientes antecedentes relevantes en relación con el caso que nos ocupa:

El 30 de octubre de 2016, la paciente acude al Centro de Salud de Teror, siendo atendida a las 19:39 h por cuadro de disnea progresiva de una semana de evolución, sin fiebre, acompañada de disnea paroxística nocturna, mayor ortopnea que habitual y edemas en miembros inferiores hasta muslos. No dolor torácico. Refiere un familiar flemas verdosas desde hace tiempo.

Tras exploración física, pruebas complementarias y electrocardiograma, es diagnosticada de insuficiencia cardíaca congestiva. Es trasladada a urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria, Dr. Negrín, por presentar disnea desde hace tres días. No presenta fiebre (temperatura 36,2°C). Es valorada a las 20:17 h.

Se encuentra acompañada desde su ingreso en urgencias del Hospital Dr. Negrín por su nuera.

En su historia clínica se anota, a las 20:41 h que es remitida a urgencias por presentar aumento de la disnea habitual, hasta hacerse de mínimos esfuerzos,

debilidad generalizada, episodios de disnea paroxística nocturna. No clínica infecciosa respiratoria, urinaria ni cutánea. No dolor torácico ni fiebre. No introducción de fármacos nuevos.

A la exploración física, presenta regular estado general, consciente, orientada, normohidratada y normocoloreada, afebril y taquipneica. A la auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular conservado con crepitantes dispersos, abdomen que porta gastronomía. Miembros inferiores con edemas crónicos que no dejan fóvea clara. No signos de trombosis venosa profunda. Se le indica la realización de analítica y RX de tórax.

A las 21:00 h se le administra tratamiento y se le realiza electrocardiograma. A las 21:41 h se recogen muestras para analítica.

A las 22:38 h se anota en la historia clínica lo siguiente: se mantiene alerta, Glasgow 15 (normal), desorientada en el tiempo, colaboradora, habla con claridad, su pulso es rítmico, buen relleno capilar, hemodinámicamente estable, respiración espontánea. Buen patrón respiratorio. Tiraje intercostal.

A las 22:56 h se anota: se mantiene con constantes vitales normales y saturación de oxígenos al 98% (normal) con oxigenoterapia.

A las 23:50 h se anota: electrocardiograma con ritmo sinusal, bloqueo de rama derecha y hemibloqueo izquierdo. Rx de tórax con signos de fallo (insuficiencia cardiaca).

A las 00:08 h del 31 de octubre de 2016 se anota a la vista del resultado de las pruebas practicadas, el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva.

A las 06:57 h se anota que la paciente está alerta, con Glasgow 15 (normal), desorientada en el tiempo, colaboradora, habla con claridad, no tiene déficit neurológico, temperatura 36,4°C. Respiración espontánea con patrón normal. Piel caliente con relleno capilar normal.

A las 8:00 h se avisa a los familiares de la paciente de su traslado al Hospital (...) (Centro Concertado con el Servicio Canario de la Salud).

A las 10:30 h, tras administrarle el tratamiento y encontrándose (...) estable, es trasladada al Hospital (...) para seguimiento y tratamiento, ingresando a las 12:38 h en dicho centro.

A las 12:38 h del 31 de octubre de 2016, figura: Servicio de Urgencias: Paciente mujer de 83 años traída en ambulancia de SVB al servicio de urgencias procedente del Hospital Dr. Negrín para ingreso programado a cargo de Medicina Interna con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva. Sube a planta para ser valorada.

A las 13:27 h, se anota una vez ingresada en planta de Medicina Interna: Paciente consciente, orientada en tiempo y en espacio, poco colaboradora. Signos vitales: tensión arterial 110/60. Frecuencia cardíaca 99 latidos por minuto. Temperatura 36°. Glucemia 166 mg/dl. Saturación de oxígeno: 88%. Presenta dificultad respiratoria, piel íntegra. Tiene electro realizado que aporta. Es valorada en planta de Medicina Interna por el Dr. (...), ajustándose el tratamiento y se indica aerosolterapia y extracción de analítica por la mañana. Buena ingesta por gastrostomía. Se entrega a familiar normas de la planta y se le explican. No otras novedades.

A las 19:20 h figura: Mujer que es llevada al Servicio de Urgencias por presentar aumento de disnea habitual, hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con debilidad generalizada, episodios de disnea paroxística nocturna y edemas en miembros inferiores hasta los muslos, además, refiere tos con flemas verdosas desde hace tiempo. Tras estabilización, es remitida a nuestro centro.

A la exploración, la paciente se encuentra consciente y orientada en persona, colaboradora. Discreto trabajo respiratorio. Obesa, bien hidratada, con buena coloración de piel y mucosas. Pupilas isocóricas y normoreactivas. No se palpa bocio ni adenopatías periféricas. Las corótidas laten rítmicas, simétricas y sin soplos, no se aprecia ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: tonos apagados y rítmicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado, silbantes dispersos y crepitales basales. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas ni visceromegalias. Extremidades inferiores: tono, fuerza y sensibilidad conservada. Mínimos edemas en miembros inferiores. Pulsos periféricos presentes. Pares craneales normales. No signos de focalidad neurológica.

Diagnóstico: insuficiencia cardíaca congestiva descompensada y probable infección respiratoria.

A las 21:28 h consta en el evolutivo: Paciente estable y afebril. Se le ha administrado el tratamiento pautado. Se le han realizado los cuidados de enfermería y los cambios posturales. Buena ingesta en cena.

En ronda realizada a las 6:21 h del día 1 de noviembre de 2016, se encuentran a la paciente, tras entrar en la habitación sin signos vitales. Se avisa a médico de urgencias y a supervisor de guardia. Tras falta de respuesta a estímulos, ausencia de signos vitales y electrocardiograma plano, se constata exitus por parada cardiorrespiratoria por fallo multiorgánico (causa inmediata y causa fundamental). Se avisa a los familiares.

3. A la vista de lo antecedentes expuestos, en los que se observa la situación de la paciente en cada momento y las pruebas y tratamientos dispensados, ha de decirse, tal y como sostiene la Propuesta de Resolución, que no es posible sostener, como pretenden los reclamantes, la relación causal entre el fallecimiento de su madre y su estado de inestabilidad en el momento del traslado a la Clínica del (...) Señalan en su reclamación que la paciente debió permanecer en observación en el Hospital Dr. Negrín y esperar a su estabilización para el eventual traslado a otro Centro.

Sin embargo, en el informe emitido por el Coordinador de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín de 19 de junio de 2017 se señala:

«Como en cualquier hospital de Tercer Nivel, existen una serie de criterios a la hora de establecer el destino final de los pacientes. Dichos criterios están basados en la situación funcional de los pacientes, comorbilidad de los pacientes así como escalas pronósticas como el Barthel -índice utilizado ampliamente para estimar la necesidad de cuidados personales y, como protocolo de valoración geriátrica, en los pacientes dependientes. Se considera un buen predictor de la mortalidad pues mide la discapacidad y esta última está fuertemente asociada con la mortalidad -y Charlson - es un índice de comorbilidad por edad que es ampliamente utilizado para predecir la mortalidad de los pacientes en función de sus diferentes comorbilidades -. En base a ellos, se decide si precisa ingreso en el hospital o en centro concertado».

En relación con ello, en el presente caso, consta en el informe del SIP, que se trata de una mujer de 83 años de edad, con antecedentes de disfagia total por estenosis esofágica proximal de etiología funcional siendo su nutrición y medicación por vía enteral por gastronomía, desnutrición, déficit de vitamina B12, diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, con regular control y diversas complicaciones: retinopatía diabética y enfermedad cardiaca: cardiopatía isquémica crónica con enfermedad arterial coronaria (EAC) x 2 vasos: infarto agudo de miocardio (IAM) inferior y bloqueo auriculoventricular completo que precisó marcapasos externo en 2002, implantación de Stent x 2 a coronaria derecha y Stent x 2 a descendente

anterior, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica en estadio 3 de etiología no filiada, obesidad, dislipemia, enfermedad cerebrovascular crónica, insuficiencia venosa crónica, entre otros, presenta múltiples ingresos desde julio de 2015 por infecciones respiratorias y de la gastronomía.

A lo que se añade que, en su ingreso de 30 de julio de 2015, se detalla: la paciente vive con su hija que es su cuidadora principal. Es dependiente para el aseo personal, vestimenta, bipedestación, deambulación, transferencias (no puede sentarse sola, deambula sólo dentro de la casa con ayuda), también es dependiente para alimentación tras la práctica de gastronomía.

Por otro lado, se ha constatado que en su ingreso en urgencias se le realizó una exploración física y se solicitaron diversas pruebas complementarias (entre ellas RX de tórax, función renal y marcadores cardíacos) decidiéndose que la paciente precisaba ingreso por descompensación de su insuficiencia cardíaca. En los marcadores de necrosis así como en el electrocardiograma se descartaba la existencia de evento coronario agudo y los valores de pro BNP —el péptido natriurético plasmático de tipo pro BNP es liberado por los ventrículos cardíacos en respuesta a un aumento del estiramiento de pared y de la carga de volumen y se utiliza para excluir y/o identificar la insuficiencia congestiva en pacientes ingresados en urgencias por disnea— señalaban claramente una descompensación aguda de insuficiencia cardíaca crónica que padecía la paciente. A tal efecto, en el Servicio de Urgencias se instauró tratamiento dirigido a dicho proceso y, según puede comprobarse en el registro evolutivo previo a su traslado, la paciente presentaba una frecuencia cardíaca de 85 latidos por minuto, una tensión arterial media > a 75 mmHg y una saturación de oxígeno de 98 %. Por la noche, había tenido una diuresis de 1000 cc.

Además, a las 10:30 h, tras administrarle el tratamiento y encontrándose estable la paciente, es trasladada al Hospital (...) para seguimiento y tratamiento, ingresando a las 12:38 h en dicho centro.

De lo antedicho concluye el informe del SIP que la paciente no presentaba ningún dato objetivo que contraindicara su traslado, encontrándose además estable en el momento de realizarlo, cumpliendo, por otro lado, los criterios de traslado.

4. Por todo ello, como señala la Propuesta de Resolución, es posible concluir que, en el presente supuesto, no se aprecia mala praxis en la atención dispensada a (...) en el servicio de urgencias del Hospital Dr. Negrín, siendo correctamente atendida, diagnosticada y tratada, ni en su traslado posterior, una vez estabilizada y

sin ninguna patología que contraindicase su traslado, al Hospital (...), centro en el que ingresaría en el Servicio de Medicina Interna encontrándose hemodinámicamente estable, sin signos de gravedad, afebril, para continuar tratamiento siendo su fallecimiento, inesperado, pues, a juicio del Dr. (...), en testifical practicada el 9 de mayo de 2018, la paciente, a su ingreso, se encontraba hemodinámicamente estable, con tratamiento en curso, y no era previsible el desenlace, de hecho, ni siquiera tuvo acompañante por la noche.

Respecto de la afirmación realizada por los reclamantes de que no autorizaron el traslado, y sin entrar en su necesidad, lo que es claro es que tal hecho no tuvo repercusión en la salud de la paciente, más allá de tratarse de un trámite burocrático, como lo califica el Coordinador de Urgencias en la respuesta de 18 de noviembre de 2016 a la reclamación interpuesta en el ámbito hospitalario por los familiares de la fallecida.

Y en cuanto a la referencia igualmente hecha por los reclamantes a que en el traslado al centro concertado no se adjuntaron las pruebas realizadas en el Servicio de Urgencias, dicho error no condiciona la evolución posterior de la paciente ni influyó en el tratamiento dispensado en el centro concertado, pues el historial clínico y los documentos que faltaban fueron remitidos por fax al Hospital (...), tal y como se declara por el Dr. (...) en la testifical practicada el 9 de mayo de 2018.

En relación a dicho ingreso, por el Dr. (...), médico del Servicio de Medicina Interna de dicho Hospital, se emite informe del que se extrae que la paciente fue trasladada al (...) el 31 de octubre de 2016 con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva, presentando desde días antes tos con expectoración vercosa aunque sin fiebre, siendo valorada por el médico de guardia quien, tras recibir la documentación del Hospital de referencia, establece el tratamiento oportuno.

En cualquier caso, además, señala el informe del SIP que, sin perjuicio del conocimiento de las pruebas realizadas en el Dr. Negrín, la paciente debía someterse a nuevas pruebas en el (...) con el fin de examinar la evolución de la paciente. Y así consta que se hizo. Se solicitó analítica de control para valorar evolución, objetivándose discreta mejoría con respecto a la realizada en urgencias del hospital de referencia, y se realizó asimismo EKG de control, no evidenciándose cambios sobre los ya conocidos de su cardiopatía isquémica de base. Ello, además de las pruebas realizadas tras su ingreso en la planta de Medicina Interna.

Por todo lo expuesto, procede concluir que no se aprecia nexo causal y por ende, tampoco daño antijurídico alguno susceptible de indemnización, siendo, pues, conforme a Derecho la Propuesta de Resolución al desestimar la reclamación de los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la pretensión de los interesados.