



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 8 5 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 30 de julio de 2019.

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 otros, por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 254/2019 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del

Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 18 de diciembre de 2013 a instancia de la representación de (...), su madre y sus dos hermanos, por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a (...), que finalmente falleció, en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. Los reclamantes solicitan por los daños causados una indemnización de 143.364 euros (114.691,14 euros para la viuda, y 9.557,59 euros para la hija y para cada uno de los otros dos hijos) cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

Administrativo Común (LRJAP-PAC), ya que el presente procedimiento se inició con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación el Reglamento de los Procedimientos en Materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado mediante el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo; así como las leyes 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; y la 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva por cuanto se reclama por la esposa e hijos del fallecido, siendo presuntamente responsable, la Administración sanitaria.

En cuanto a la prescripción, considerando que la reclamación se presenta dentro del año siguiente al fallecimiento del familiar por cuya asistencia (o, mejor dicho, por cuya inasistencia) durante años se solicita indemnización, dado que el fallecimiento se produce en junio de 2013 y la reclamación se presenta el 18 de diciembre de ese mismo año, se puede concluir que la reclamación no es extemporánea.

4. Se ha sobrepasado incomprensiblemente y sin justificación alguna en más de seis años el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a las partes, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

Se observa en el expediente que no se ha llegado a practicar la prueba testifical propuesta por la representación de los interesados, pero ello obedece únicamente a que no se aportó, dentro del plazo del mes abierto para la práctica de todas las pruebas, el pliego de preguntas a formular al testigo, por lo que ninguna indefensión se produjo. Así, consta en el expediente que con fecha de 24 de noviembre de 2017 se procedió a dictar Acuerdo probatorio en el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial, recogiendo en los apartados primero, segundo y tercero del mismo, tanto la fijación de un plazo para la práctica de la prueba de 30 días desde la notificación del acuerdo probatorio, como la solicitud a la parte reclamante del pliego de preguntas, transcurrido el cual no se presentaron, dictándose la consecuente conclusión del período probatorio con expresa alusión a la imposibilidad de la práctica de la testifical propuesta por inacción de los reclamantes.

II

1. Los reclamantes alegan, entre otros extremos, lo siguiente:

«(...) Concorre como nexo causal en el fallecimiento del paciente (...), la pasividad y dilación por parte de este Servicio Canario de la Salud, en la atención preferente que hubo de recibir tras ser detectada en el año 2005 su enfermedad: Isquemia crónica Fontaine II b), claudicación intermitente e incapacitante y estenosis iliaca externa bilateral, femoral superficial bilateral y en arteria politea izquierda con salida bilateral por los dos vasos por no aportación arterial de flujo a los MII, consecuencia de tal dejación que conllevó a su empeoramiento progresivo con amplia desarrollo de ateromatosis que sin duda repercutió de forma negativa en su desenlace final, su fallecimiento. Ello conlleva el deber inexcusable de la responsabilidad patrimonial de esta Administración, quien sin lugar a dudas habrá de atenderse en esta vía previa a la judicial.

(...) Así, el informe de noviembre del año 2005 de la Dra. (...) informa del resultado de la Aorto-arteriografía diagnóstica de los MMII traducida en obstrucción completa de la retina iliaca externa con aportación de flujo arterial amortiguado a los MMII y en el informe Clínico de la referida fecha Ateromatosis aortica, es decir presencia de úlceras o trombos con riesgo vascular y candidato a posibles ictus o infarto cerebral.

(...) Diagnosticado como digo en esos momentos de Isquemia Crónica Fontaine II b) existía la necesidad de obtener imágenes directas más allá de la ecografía Doppler que se le realizó para abordar el estudio venoso de posibles trombosis como de insuficiencia venosa y su posible revascularización desde ese momento por medio de la intervención quirúrgica, que fue llevada a cabo 8 años más tarde, cuando la Isquemia ya se hallaba avanzada y clasificada en grado IV con necrosis en el pie y marcados compromisos para la vida del paciente, como ocurrió (...)».

2. Por su parte, el SIP, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

«- Paciente varón de 72 años de edad, con antecedentes personales de: Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus tipo II. Complicaciones meta diabéticas (úlceras pie diabético, onicomicosis uñas pie, neuropatía periférica). Hipertrigliceridemia pura. Cardiopatía Isquémica (2005). Cardiopatía hipertensiva. Exfumador. Insuficiencia vascular periférica con claudicación intermitente. Estenosis arteria Carotidea. Sincope de repetición.

- El día 25 de agosto de 2005 el paciente es visto en CCEE de angiología y Cirugía Vascular (ACV), donde le solicitan angiografía de Aorta Abdominal y miembros inferiores. Motivado por claudicación gemelar bilateral. Ausencia de pulsos arteriales, poplíteos y femorales. Probable Leriche.

El día 30 de noviembre de 2005 ingreso programado en el H.D.N. para realización de Aorto-arteriografía diagnóstica de miembros inferiores. Refiere claudicación intermitente bigemelar de aproximadamente dos años de evolución, acortas distancias, más molestias en miembro inferior izquierdo, sin dolor de reposo isquémico ni lesiones tróficas.

Según informe consta: Ateromatosis aórtica. Estenosis a nivel de arteria iliaca externa izquierda. Estenosis a nivel de arteria femoral superficial bilateral. Estenosis a nivel de arteria poplíteas izquierda. Salida distal bilateral por dos vasos.

Se procede alta hospitalaria el día 1 de diciembre de 2005. Dados niveles de glucemia se recomienda controles por su médico de familia (diabetes no conocida). Seguir tratamiento médico habitual. Será avisada telefónicamente para acudir a consultas externas de angiología y Cirugía Vascular.

- Paciente que viene siendo controlado por el Servicio de Cardiología desde 2004 por crisis de Hipertensión arterial, tiene como antecedentes personales de interés fumador desde los 15 años, en tratamiento para su hipertensión. El 24 de agosto de 2004 (*sic*) vuelve a control cardiológico cifras elevadas de tensión con clínica de mareos, sudoración profusa, últimamente nota disnea a grandes esfuerzos. Se realiza electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal Bloqueo rama derecha + hemibloqueo anterior. RX no cardiomegalias. Prueba de Esfuerzo. Negativa, buena tolerancia 7,2 Mebs. Eco: registro normal. Se programan revisiones

anuales. El 30 de agosto de 2005 vuelve a revisión cardiológica: tensión controlada, ECG ritmo sinusal. Hemibloqueo anterior + bloqueo rama derecha.

Cirugía Vasculat: Ausencia de pulso en miembros inferiores. Arteriografía para descartar SINDR. DE LERICHE.

El día 11 de abril de 2007 su médico de familia lo remite preferente al cardiólogo por cuadros sincopales de repetición.

El día 27 de noviembre de 2007 se realiza Spect miocárdico de reposo y de esfuerzo en Clínica S.R., cuya conclusión diagnóstica es: Compatible con isquemia ligera- moderada infero-lateral medio-basal. Fracción de Eyección conservada.

El día 20 de noviembre de 2007 se realiza Prueba de esfuerzo en Clínica S.R. que concluye: Ergometría mixta esfuerzo-dipiridamol (40mgrs en 4 minutos). Capacidad física limitada por dolor vascular en extremidades inferiores. No sintomatología coronaria ni cambios isquémicos; ergometría negativa para clínica y ECG.

El día 20 de febrero de 2008 es visto en Consultas Externas de Cardiología del HDN por referir que hace 3 años, que despierta en la noche con sudoración profusa, no pudiendo levantarse, desde entonces nota disminución de fuerza generalizada. Refiere obstrucción arterial a nivel de extremidades inferiores, tratado por cirugía vascular.

Se realizan pruebas de Ecocordio, Ergometría negativa, ECG no concluyente por presentar bloque completo rama derecha haz de His. (BCRDHH). Spect-Mibi negativo para isquemia. Seguirá igual tratamiento. Aconseja valoración por Neurología.

El día 25 de febrero de 2009 acude de nuevo a CCEE de cardiología. Está pendiente de ser valorado por Neurología, no ha sido llamado, sigue con problemas de sensación de hipotensión acusada, con tensión arterial baja, no sabe tratamiento que lleva. Estuvo con cardiólogo privado debido a este mismo problema, descartándole patología cardiaca.

Tratamiento: vigilar tensión y glucemias, valorar crisis de Hipoglucemia, si presenta tensión baja suspender medicación.

El día 25 de marzo de 2009 en CCEE cardiología: Actualmente estable, estuvo ingresado en Medicina interna hasta hace 2 días por mareos, siendo diagnosticado de Ateromatosis aorta iliaca., ateromatosis carotídea. Está pendiente de ser llamado por cirugía vascular para seguimiento en consultas externas. ECG: ritmo sinusal, taquicárdico. Aconseja bajar medicación antihipertensiva.

- En Historial de Angiología Cirugía vascular de Consultas Externas del HDN constan las siguientes visitas de control y seguimiento: día 25 de agosto de 2005, 14 de septiembre de 2006, 13 de diciembre de 2007, 16 de enero de 2008, 1 de octubre de 2009, 25 de noviembre de 2010, 16 de junio de 2011, 06-06-2012, 05-07-2012, 1-08-2012, 28-05-2013, 04-05-2013.

- El 4 de marzo de 2009 ingresa programado en HRN para realización de Arteriografía de Tronco Supra Aórtico (TSA). Alta día 6 de marzo de 2009.

Informe: Síndrome de Isquemia Crónica miembros inferiores grado II (SIC MMII grado 2 Eco-Doppler de TSA: estenosis del 70% en arteria carótida interna derecha.

Hallazgos Arteriografía TSA: Ateromatosis, ELONGACION VASCULAR. Derecho: gran placa calcificada a nivel de bulbo que provoca una estenosis de aproximadamente el 50% en origen de Arteria Carótida Interna (ICA), estenosis significativa con dilatación post estenótica a nivel de arteria carótida interna intracraneal.

I.: gran placa calcificada a nivel de bulbo sin que se objetiven estenosis angiográficamente significativas.

Tratamiento: seguirá tratamiento médico habitual. Será avisado para acudir de forma preferente a consultas Externas de angiología y Cirugía Vasculat (ACV).

- El 11 de marzo de 2009 el paciente acude al Servicio de urgencias por presentar desde hace una semana varios episodios al día de mareos, con inestabilidad, con giro de objetos, sin diplopía, disartria, pérdida de fuerzas ni otras manifestaciones neurológicas. No pérdida de conciencia quedando ingresado en Servicio de Medicina Interna de dicho hospital con diagnósticos de Pre-síncope de Repetición a Estudio. Claudicación intermitente de años de evolución que no ha empeorado. No angina ni disnea.

Se realizan las siguientes pruebas diagnósticas: Analíticas, ECG: ritmo sinusal. Bloqueo completo rama derecha, hemibloqueo anterior. MAPA: paciente con patrón Dipper. Ligera elevación de presión arterial sistólica y diastólica. TAC craneal: (sin contraste) sin alteraciones significativas. RMN: valoración ambos oídos. Pendiente realización al alta. Ecocardiograma: sin alteraciones de relevancia significativas. ECG-riolter: pendiente recibir informe Interconsultas especialidades.

Otorrino: paciente con vértigo rotatorio de varios años de evolución. Se realiza audiometría con hipoacusia para frecuencias graves oído izquierdo. Otoscopia normal. Se solicita RMN oídos, pendiente realización al alta.

Cirugía vascular: No indicación quirúrgica. Será seguido en consultas externas.

Diagnóstico: HTA, cardiopatía hipertensiva. Bloqueo completo de rama derecha. Hipertrofia ventricular izquierda. Ateromatosis aortoiliaca. Ateromatosis carotidea. Vértigo, probablemente periférico crónico.

Seguirá control por: Médico de familia. Consultas externas y cirugía vascular. Consulta Otorrino. Control medicina interna en un mes.

- El 16 de febrero de 2011 se realiza RMN de ambos Conductos Auditivos Internos donde se observa un eje estato-acústico facial bilateralmente normal, sin que identifiquemos alteraciones morfológicas ni de señal ni captaciones anómalas del medio de contraste.

- El 11 de mayo de 2011 el paciente ingresa de forma programada para realización de Aorto-arteriografía de miembros inferiores.

Enfermedad actual: Isquemia crónica de miembros inferiores de larga evolución con empeoramiento progresivo. En la actualidad isquemia grado TTB-III miembro inferior izquierdo.

Mediante abordaje retrógrado de arteria femoral común derecha se realiza Arteriografía aórtica de miembros inferiores. Siendo los hallazgos: Arterias viscerales permeables. Se recomienda descartar aneurisma de Aorta abdominal.

Miembro inferior derecho: estenosis a nivel de arteria Iliaca común, estenosis a nivel de arteria Femoral común, oclusión a nivel de arteria femoral superficial con revascularización en segunda porción de poplítea, salida distal por dos vasos.

Miembro inferior izquierdo: estenosis a nivel de arteria iliaca común y externa, estenosis a nivel de arteria femoral común, oclusión a nivel de arteria femoral superficial y poplítea, salida distal por dos vasos.

Tratamiento: seguirá con su tratamiento médico habitual.

- El 01-08-2012 se realiza exploración Hemodinámica de Troncos Supra Aórticos en HDN, solicitado por unidad de angiología y cirugía vascular siendo las siguientes Conclusiones: Estenosis del 60% de Arteria Carótida Interna derecha. Ateromatosis sin estenosis hemodinámicamente significativa en Arteria carótida Interna izquierda.

- El 04-06-2013 el paciente ingresa programado para realizar arteriografía en Servicio de Angiología y cirugía vascular del HDN.

El 5, mediante abordaje femoral derecho, se realiza arteriografía de tronco supra aórtico y miembros inferiores, sin complicaciones inmediatas. Con diagnóstico de Síndrome de Isquemia Crónica grado IV de miembros inferior izquierdo por obstrucción íleo femoral y Fémoro poplítea. Estenosis Carotidea izquierda del 70 %, placas necróticas en 2º dedo y dos lesiones superficiales en 1º dedo de miembro inferior izquierdo.

El día 6 se realiza mapeo venoso de miembros inferiores: vena safena inferna permeable de forma bilateral en todo su trayecto, el día 07 se presenta en sesión clínica y se decide ATP y Stent AIC y AIE, TEA Arteria Femoral Común + Bypass Fémoro-Tronco Tibio Peroneo Miembro inferior izquierdo con VST "in situ" .

El día 7 se realiza preoperatorio y se firma consentimiento informado.

El 10-06-2013 reingresa de forma programada para cirugía. Refiere dolor de reposo, que impide descanso nocturno a pesar de analgesia pautada.

El 11-06-2013 se realiza intervención quirúrgica: Se coloca Stent en Arteria iliaca primitiva izquierda y ATP a Arteria iliaca Externa Izquierda, + Bypass ilio Femoral de goretex 9 con PTFE + Bypass Prótesis -TP con VSI "in situ" Miembro inferior izquierdo.

Evolución postoperatoria lenta; se explica severidad de Arteriosclerosis de arterias distales y actitud expectante.

El 13-06-2013 el paciente precisa reintervención por finalizar la perfusión sanguínea. Por trombosis aguda de bypass fémoro poplíteo. Como consta en informe de consentimiento informado. Se realiza Trombectomía del injerto + bypass secuencial con VSI invertida a TP. El paciente durante la cirugía precisa transfusión de dos concentrados de hematíes y un pool de plaquetas. A las 21 ,50 horas el paciente es trasladado a la URPA entubado y estable para vigilancia postoperatoria. El paciente precisa iniciar dosis bajas de vaso activos por control hemodinámico, motivo por el cual se traslada a la unidad de reanimación. En las pruebas complementarias destacar CPK 7276 y en la radiografía de tórax inicia un infiltrado alveolo intersticial bilateral. El 14 de junio de 2010 el paciente desarrolla un síndrome compartimental y precisa una fasciotomía del compartimento tibial anterior. En los días posteriores mantiene función renal e intercambio gaseoso, precisa varias transfusiones por babeo a nivel de la fasciotomía, desarrolla una lesión pre necrótica en el dorso del pie, así como herida de mal aspecto, mal oliente: instaurando antibioterapia de amplio espectro, toma de muestras para cultivo, curas seriadas por el servicio de vascular, que además comprueban la permeabilidad del injerto.

El 17-06-2013 Biopsia de arteria femoral izquierda por Trombo Embolismo Arterial. Concluye: Los hallazgos son compatibles con ateromatosis complicada. Herida con bordes necróticos, se contacta con microbiología y se pide estudio.

Se realiza transfusión sanguínea. Interconsulta cardiología, se realiza Ecocardio normal.

El paciente a las 10 horas presenta PCR por asistolia tras RCP avanzada 10 minutos, se consigue estabilizar ritmo y tensión arterial, pero bloqueo AV, pasa a ritmo sinusal y realiza nuevo bloqueo AV, asistolia: Tras nueva RCP 10 minutos, se consigue Tensión arterial + marcapasos transverso. Tras estabilización inicial precisando apoyo vasoactivo adrenalina + noradrenalina, el paciente salta a Taquicardia supra ventricular. En la analítica tras RCP, Acidosis Láctica importante. Se realiza Ecocardio, Radiografía de tórax (no neumotórax, no derrame pleural importante, signos de sobrecarga), el paciente persiste en Shock refractario y acidosis metabólica láctica importante, probable secundaria al cuadro de sepsis (infección, asistolia + isquemia miembro inferior izquierdo). No obstante, dado la inestabilidad del paciente y la rapidez del cuadro no ha dado tiempo a descartar otros procesos como posible isquemia intestinal. Se informa a la familia del pronóstico grave.

El paciente continúa en Shock refractario y acidosis persistente sin respuesta a vasoactivos, siendo finalmente exitus el 18-06-2013 a las 12,45. Se informa a la familia y se solicita estudio necropsias que aceptan.

- Informe de Exitus del día 19-06-2013:

1.- Isquemia aguda de miembros inferior izquierdo por trombosis de Bypass femoro poplíteo.

2.- Síndrome compartimental de revascularización.

3.- Infección de fasciotomía. Sepsis.

4.- Síndrome respuesta inflamatoria.

5.- Lesión pulmonar aguda.

6.- PCR asistolia. Bloqueo AV. Shock refractario. Acidosis láctica.

7.- Exitus.

- Paciente de 73 años de edad, con los antecedentes descritos anteriormente, se realiza bajo anestesia general programada el día 11-06-2013 revascularización de miembro inferior izquierdo. El paciente precisa reintervención bajo anestesia general urgente el día 13-06-2013 por trombosis del bypass.

- El informe de la Necropsia de fecha 18-09-2013 concluye: enfermedad fundamental: diabetes mellitus, isquemia de miembro inferior izquierdo. Causa atribuible de muerte: fallos multiorgánicos secundarios a shock séptico de probable origen en úlceras isquémicas de miembro inferior izquierdo.

- El 26-mayo-2014 el Jefe del Servicio de Cirugía Vascul ar emite informe médico donde consta: "Paciente conocido de nuestro servicio desde agosto de 2005, a donde fue remitido por claudicación intermitente" de extremidades inferiores. En ese momento presentaba claudicación bigemelar, correspondiendo a un Síndrome de isquemia crónica grado IIa.

Sus antecedentes más importantes eran los siguientes: Diabetes Mellitus-Hipertensión arterial-Cardiopatía isquémica 2005, Cardiopatía Hipertensiva, Hipertrofia ventricular izquierda, bloqueo de rama derecha, Dislipemia. Con este diagnóstico y dada la estabilidad clínica se realizaron revisiones en las siguientes fechas: 14 septiembre 2006.- 13 diciembre 2007.- 16 enero 2008.- 01 Octubre 2009.- 25 noviembre 2010.- 16junio 2011. Durante este tiempo se realizaron los siguientes estudios: Eco-Doppler de troncos supraaórticos, Arteriografía de troncos supra aórticos y Angiografía de miembros inferiores.

Dada la estabilidad clínica de las isquemias crónicas de las extremidades inferiores, la presencia de lesiones leves y asintomáticas en arteria carotidea (<70% de estenosis por arteriografía) y el alto riesgo quirúrgico que presenta el paciente, generado por sus comorbilidades, se decide continuar con revisiones y tratamiento médico, no indicando ningún tipo de intervención quirúrgica, como sugieren los protocolos internacionales y los

nuestros propios. Tanto más cuanto que la evolución de la isquemia crónica es hacia la estabilidad en el 70% de las ocasiones.

Sin embargo, en la revisión de 6 de junio de 2012, se detecta un posible empeoramiento, por lo que además de intensificar el tratamiento médico, se pasa a un programa de revisiones mensuales. 6 de junio 2012.- 5 de julio de 2012.- 1 de agosto de 2012.

Con ello se obtiene nuevamente la mejoría y estabilización del paciente. En la siguiente revisión, el 28 de mayo de 2013, se diagnostica un empeoramiento del grado de isquemia de la extremidad inferior izquierda apareciendo dolor de reposo y lesiones tróficas (síndrome de isquemia crónica grado IV), activándose el estudio preoperatorio y pre-anestésico, una vez sentada la indicación clínica. No consta que el paciente o su médico de cabecera nos hicieran conocer su empeoramiento con anterioridad.

El paciente es intervenido quirúrgicamente el día 11-06 -2013, por mí mismo, siendo sometido a una revascularización compleja de la extremidad inferior izquierda: Angioplastia y Stenting de arteria iliaca, Bypass ilio-femoral profunda y Bypass fémoro-tibial posterior con vena safena interna «in situ», todo ello en miembro inferior izquierdo.

Cuarenta y ocho horas después sufre trombosis de este último injerto, requiriendo (13-06- 2013) ser reintervenido de forma urgente.

Se realiza trombectomía de los injertos previos y extensión del Bypass fémoro-tibial posterior (Bypass secuencial) además de fasciotomía del compartimento tibial anterior.

La evolución es buena inicialmente, pero se produce infección de las heridas quirúrgicas que a pesar de las curas y el tratamiento antibiótico y asociado a lesiones tróficas del pie, acaban produciendo el fallecimiento por shock séptico el día 18-06-2013, como se constata en el resultado de la necropsia realizada.

Respondiendo a las preguntas planteadas he de decir:

1.- No existió una demora en el diagnóstico ni en el tratamiento efectuados a (...), más allá del tiempo requerido para realizar las pertinentes exploraciones complementarias preoperatorias (arteriografía, etc.). La relación causal, alegada en el hecho tercero del expediente, que parece sugerir que el paciente hubo de ser intervenido en el momento del diagnóstico inicial en el año 2005 es erróneo por los siguientes motivos:

a) La enfermedad de base del paciente, la aterotrombosis, es crónica e incurable, de manera que las intervenciones quirúrgicas NO conllevan su curación. Estas intervenciones están indicadas en pacientes con comorbilidades graves, solamente en caso de isquemia crítica de las extremidades (Isquemia crónica grado III y Grado IV), situación que no se objetivó hasta la visita del 28 de mayo de 2013, siendo intervenido en aproximadamente 10 días una vez diagnosticado.

b) Una demora de 10-12 días para el tratamiento quirúrgico de una enfermedad crónica, no puede considerarse excesiva, aunque evidentemente, una situación ideal podría acortarla. En todo caso, la complicación que provocó el fallecimiento del paciente, infección-shock séptico, no puede achacarse a esta demora, según mi entender.

2.- Se realizaron todas las pruebas diagnósticas necesarias para la correcta indicación quirúrgica. El paciente fue convenientemente valorado por el servicio de Anestesia.

3.- En referente al seguimiento en consulta externa, el paciente fue visto en revisiones todos los años desde 2005 hasta su ingreso y durante un periodo de 2012 mensualmente, para evaluar los cambios que se aplicaron en el tratamiento. Todo ello a pesar de que, en la aterotrombosis estable, el médico de Atención Primaria está perfectamente capacitado para el control periódico de los pacientes, como ocurre con la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

En resumen, creo que se trata de un paciente afecto de una enfermedad crónica, incurable y mortal (provoca más mortalidad que el cáncer en el mundo occidental), que tras la progresión de la enfermedad hubo de ser intervenido quirúrgicamente. Desgraciadamente, una complicación poco frecuente en nuestro Servicio (la infección nosocomial de sitio quirúrgico o/y la infección de las lesiones tróficas de la extremidad) provocó su fallecimiento.

D.- Consideraciones:

1.- Isquemia crónica de los miembros inferiores.

La isquemia crónica de los miembros inferiores se produce esencialmente por las mismas causas que los infartos de miocardio, dado que la enfermedad que causa ambos síndromes es la misma: la arteriosclerosis, que puede llegar a taponar la luz del vaso por donde pasa la sangre.

Se trata de un proceso difuso que tiene lugar a lo largo de la vida por el depósito de grasa en las arterias del organismo. Se trata, por tanto, de una enfermedad que afecta a múltiples territorios vasculares de forma simultánea y que provocara unos u otros síntomas, en función de donde se produzca con mayor agresividad el proceso de formación de la placa de ateroma. Existen cuatro factores críticos cuando se produce la arteriosclerosis y, por tanto, la isquemia crónica de los miembros inferiores: el hábito tabáquico, los niveles elevados de colesterol, la hipertensión arterial y la diabetes.

El hábito de fumar es el factor más fuertemente asociado a la aparición de isquemia de las extremidades. Los niveles de colesterol son otro factor de riesgo conocida para que se produzca la aparición de arteriosclerosis y, por tanto, de enfermedad arterial periférica. La diabetes mellitus es otro importante factor de riesgo por su especial agresividad. Afecta principalmente a las pequeñas arterias de las piernas. Esta mayor agresividad, junto con la

particular tendencia que tienen estos pacientes a presentar infecciones en los pies, hacen que los diabéticos sean los que mayor número de amputaciones sufran.

2.- Sock séptico.

Es una afección grave que ocurre cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente una hipotensión arterial peligrosa.

El shock séptico puede ser causado por cualquier tipo de bacteria, hongos y también virus. Las toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular, lo cual puede llevar a que se presente hipotensión arterial y funcionamiento deficitario de órgano. Algunos investigadores creen que los coágulos sanguíneos en las pequeñas arterias ocasionan la falta de flujo de sangre y el funcionamiento deficiente de órganos.

Los factores de riesgo que predisponen al shock séptico son: Diabetes, enfermedades del aparato génito-urinario, aparato biliar o digestivo. Enfermedades que debilitan el sistema inmunitario. Sondas permanentes, vías intravenosas, sondas vesicales. Al igual que endoprótesis vasculares de metal o de plástico usadas para drenaje. Infección reciente. Cirugía o procedimientos médico reciente. Etc.

El shock séptico es una emergencia médica. En la mayoría de los casos los pacientes ingresan en la unidad de cuidados intensivos del hospital.

El shock séptico tiene una alta tasa de mortalidad. Dicha tasa depende de la edad del paciente y su salud general, de la causa de la infección, de la cantidad de órganos que presentan insuficiencia, al igual que de la rapidez y agresividad con que se inicie la terapia médica.

- Conclusiones del SIP.

1.- Como vemos por la Historia clínica se trata de un paciente con pluripatología donde concurren una serie de factores de riesgo ya descritos previamente, entre los que se encuentran la HTA, diabetes, dislipemia, antecedentes de fumador, que van a incidir de un modo negativo en el desarrollo y evolución posterior de la enfermedad isquémica crónica de extremidades inferiores.

2.- No admitimos la apreciación de la interesada en cuanto a que hubo "pasividad y dilación por parte del S.C.S., en la atención que hubo de recibir el paciente", ya que según consta en la Historia clínica del mismo, como así hace constar en su informe el Jefe del Servicio de angiología y cirugía vascular, el paciente tuvo un seguimiento anualmente entre los años 2006 al año 2012, de su patología por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que confirman la estabilidad diagnóstica del mismo. Y es que inicialmente en 2006 el paciente presentaba un diagnóstico de insuficiencia vascular crónica Grado IIb.

En la revisión de junio de 2012, se detecta un posible empeoramiento, por lo que además de intensificar el tratamiento médico, se pasa a un programa de revisiones mensuales: junio,

julio, agosto de 2012. Con ello se obtiene nuevamente la mejoría y estabilización del paciente.

No es hasta el día 25 mayo de 2013 que el diagnóstico cambia y evoluciona a Insuficiencia vascular crónica grado IV, activándose el estudio preoperatorio y pre anestésico, una vez sentada la indicación clínica. Siendo intervenido en aproximadamente 10 días una vez diagnosticado. Coincidimos con el informe del Dr. (...) donde concluye:

"Dada la estabilidad clínica de las isquemias crónicas de las extremidades inferiores, la presencia de lesiones leves y asintomáticas en arteria carotídea (<70% de estenosis por arteriografía) y el alto riesgo quirúrgico que presenta el paciente, generado por sus comorbilidades, se decide continuar con revisiones y tratamiento médico, no indicando ningún tipo de intervención quirúrgica, como sugieren los protocolos internacionales y los nuestros propios. Tanto más cuanto que la evolución de la isquemia crónica es hacia la estabilidad en el 70% de las ocasiones".

Concluimos que la enfermedad de base del paciente es una Ateromatosis que es una enfermedad crónica incurable y multisistémica, y que dadas las patologías múltiples y concurrentes que sufre el paciente, hace que sea un paciente de riesgo para la intervención quirúrgica.

Por tanto, la cirugía se efectuó en el momento en que estaba indicada.

3.- Previo a la intervención quirúrgica de fecha 11-06-2013, el paciente firmó el documento de Consentimiento Informado en el que se incluyen, entre otras complicaciones específicas las siguientes: que no llegue sangre a la pierna (isquemia aguda) porque el bypass se obstruya por coágulos internos, también pueden producirse linforragias, seromas, infecciones, trombosis de las venas, etc.

Este riesgo inherente a la intervención quirúrgica era conocido y aceptado por el paciente tras la firma del referido documento.

4.- En cuanto a la causa atribuible de muerte que figura en la autopsia del paciente consta: Fallo multiorgánico secundario a shock séptico de probable origen en úlceras isquémicas de miembro inferior izquierdo.

Siendo estas úlceras de tipo isquémico que llegan hasta planos profundos en las lesiones de miembro inferior izquierdo: (dos en cara lateral de pierna de 10 y 15 cm. y una en talón de 5 cms.), de nueva aparición, a pesar del abordaje del cuadro con antibioterapia de amplio espectro y por tanto independiente del tiempo transcurrido para la intervención quirúrgica.

5.- Por tanto consideramos desestimar la reclamación ya que entendemos que se pusieron todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles al alcance del paciente según "Lex artis ad hoc"»

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, no se presentan las alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

III

1. Hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 139.1 LRJAP-PAC -norma aplicable al presente caso-, pero similar al art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece 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.

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 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 el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de los reclamantes se fundamenta en que hubo pasividad y dilación por parte del SCS, en la atención prestada al paciente, lo que a la postre provocó su prematuro fallecimiento.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso, los interesados no solo no aportan medio probatorio alguno que sustente sus alegaciones, sino que de la documentación clínica y de los otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende, a partir de los antecedentes del paciente, entre los que se encuentran la HTA, diabetes, dislipemia, antecedentes de fumador, los que incidieron de un modo negativo en el desarrollo y evolución posterior de la enfermedad isquémica crónica de extremidades inferiores, que no hubo pasividad y dilación por parte del SCS, sino todo lo contrario, ya que según consta en la historia clínica del mismo, como así hace constar tanto el SIP como el Jefe del Servicio de angiología y cirugía vascular, el paciente tuvo un seguimiento anual entre los años 2006 al año 2012 de su patología que confirman la estabilidad diagnóstica del mismo, período en el que se le realizaron de todo tipo de pruebas (Analíticas, ECG, TAC craneal, RMN, etc.) y se prescribe el oportuno tratamiento.

Así, aunque inicialmente, en 2006, presentaba un diagnóstico de insuficiencia vascular crónica Grado IIb, en la revisión de mayo de 2012, se detecta un posible empeoramiento, por lo que además de intensificar el tratamiento médico, se pasa a un programa de revisiones mensuales: junio, julio, agosto de 2012.

No fue hasta el día 25 mayo de 2013 cuando se detecta un cambio en el diagnóstico, pues la patología que sufría evoluciona a Insuficiencia vascular crónica grado IV, activándose el estudio preoperatorio y pre anestésico, una vez sentada la indicación clínica, por lo que es intervenido en aproximadamente 10 días una vez diagnosticado.

Hay coincidencia en que la enfermedad de base del paciente es una Ateromatosis es una enfermedad crónica incurable y multisistémica, y que dadas las patologías múltiples y concurrentes que sufría, motivó que fuera considerado inicialmente un paciente de riesgo para la intervención quirúrgica, no realizándose esta hasta el cambio de diagnóstico en junio de 2013.

A ello hay que añadir que, previo a la intervención quirúrgica, el paciente firmó el documento de Consentimiento Informado en el que se incluyen, entre otras complicaciones específicas las siguientes: que no llegue sangre a la pierna (isquemia aguda) porque el bypass se obstruya por coágulos internos, linforragias, seromas, infecciones, trombosis de las venas, etc., riesgos inherentes a la intervención quirúrgica que fueron conocidos y aceptados por el paciente tras la firma del referido documento.

Tampoco hay duda alguna de que la causa de la muerte fue, según la autopsia, fallo multiorgánico secundario a shock séptico de probable origen en úlceras isquémicas de miembro inferior izquierdo.

Estas úlceras de tipo isquémico llegan hasta planos profundos en las lesiones de miembro inferior izquierdo, que aparecieron con posterioridad a la intervención quirúrgica, a pesar del abordaje del cuadro con antibioterapia de amplio espectro aplicado.

3. En definitiva, de todo lo anterior debe inferirse que el daño por el que se reclama -el fallecimiento del paciente- no es antijurídico, puesto que es consecuencia de la propia evolución de su patología, no de la infracción de la *lex artis ad hoc*, ya que está acreditado que se le prestó la debida atención sanitaria.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* frustra el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que no se aprecia la existencia de nexo causal entre el daño alegado y la asistencia sanitaria recibida por el marido y padre de los interesados, de lo que sigue que la Propuesta de Resolución, que desestima su pretensión resarcitoria, se adecua a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por los interesados, se considera conforme a Derecho.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno d