



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 22 de abril de 2021.

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. 145/2021 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado mediante oficio de 10 de marzo de 2021 (con Registro de Entrada en este Consejo el 11 de marzo de 2021), tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. En concreto, se trata de analizar la reclamación presentada por (...) a raíz de la prestación sanitaria dispensada a su marido en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

2. La reclamante solicita una indemnización de 100.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. 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 adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP; la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y 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.

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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que la reclamante ostenta la condición de interesada al haber sufrido un daño moral como consecuencia del fallecimiento de su esposo, por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues la reclamación se presenta el 11 de febrero de 2020 y aunque el fallecimiento del esposo de la reclamante se produjo el 5 de septiembre de 2014, el plazo de prescripción del derecho a reclamar se ha interrumpido, pues consta en el expediente Auto firme de la Sección 6ª de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife, de 12 de febrero de 2019, por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto contra el archivo provisional de las diligencias previas sustanciadas ante el Juzgado de Instrucción nº 5 de Santa Cruz de Tenerife, computándose el plazo de un año para reclamar desde la notificación de dicha resolución judicial, por lo que se ha interpuesto la reclamación dentro del plazo legalmente establecido.

II

1. La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su marido.

A este respecto, la perjudicada expone lo siguiente en su escrito de reclamación inicial -folios 1 y ss.-:

«Que, el día 30 de mayo de 2014, la compareciente lleva a su esposo a urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, porque presentaba dolor y frialdad en la pierna izquierda. Es de manifestar, que (...), había sido tratado siempre de la pierna izquierda, en el Hospital Universitario de Canarias, por cuanto tenía un padecimiento en el nervio ciático y, por ello, la compareciente siempre estaba pendiente de que su pierna izquierda no presentara alteraciones de color, temperatura o dolor.

Pues bien, como decimos, el 30 de mayo de 2014, el Sr. (...) entra por el servicio de urgencias al HUNSC y lo dejan ingresado, informando a la compareciente, que se le tiene que practicar una tromboembolectomía femoral, para mejorar la circulación de su pierna izquierda.

Lo cierto es que la intervención quirúrgica se le realiza en la pierna derecha en lugar de la pierna izquierda. Cuando le practican la intervención en la pierna derecha, le dejan la pierna derecha sin movilidad y flexionada sin poder estirla, porque al parecer le cortan el tendón de la citada pierna. Con posterioridad una auxiliar de enfermería fue a cambiarle el pañal y le forzó la pierna para que la estirara causándole un dolor tremendo. Asimismo, la sonda de orina que tenía puesta le perforo la vejiga, lo que hizo que sangrara.

Con eso y con todo le dan el alta el 11 de junio de 2014.

Con posterioridad, es ingresado en el Hospital (...) por sospecha de que padecía una neumonía. Durante ese ingreso se descubren presencia de signos de isquemia en la pierna derecha y necrosis del 5º dedo y placas necróticas cara lateral con pulsos muy débiles a la palpación. Empiezan a realizarle las curas correspondientes y, como quiera que no mejora su situación, proceden a remitirlo, de nuevo al HUNSC para amputarle la pierna derecha por encima de la rodilla.

Estando ingresado en la planta 5ª del HUNSC, fue afectado por un virus hospitalario, que, a pesar de ser tratado, no logró superar y le produjo un fallo multiorgánico que le conllevó que falleciera el día 5 de septiembre de 2014.

(...)

En el caso que nos ocupa, se produce un funcionamiento normal o anormal del Servicio Público de Salud, en la atención médica que se le presta al esposo de la compareciente, pues, primero, se le interviene de la pierna derecha, cuando la que tenía mal era la izquierda; como consecuencia de la intervención que se le realiza le dejan la pierna derecha flexionada y sin movilidad, porque le cortan el tendón; luego le perforaron la vejiga de la orina y luego, adquiere un virus hospitalario que acaba con su vida.

Es necesario manifestar, que el esposo de la compareciente era un enfermo crónico con varios padecimientos importantes y, por esa razón, se debieron haber extremado los cuidados y tratamientos médicos».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, la reclamante insta el resarcimiento de los daños y perjuicios sufridos con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a su marido por el Servicio Canario de Salud; cuantificando la indemnización en 100.000 euros.

III

1. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1.1.- Mediante escrito con registro de entrada de 11 de febrero de 2020, se insta la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada al marido de la reclamante en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

1.2.- Con fecha 12 de febrero de 2020 se requiere a la interesada a fin de que subsane y/o mejore su reclamación inicial, requerimiento que es debidamente atendido por la perjudicada mediante la presentación de escrito de subsanación/mejora el día 10 de marzo de 2020.

1.3.- Mediante Resolución de 12 de marzo de 2020, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada por (...), acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

Dicha resolución consta debidamente notificada a la reclamante.

1.4.- Con fecha 13 de marzo de 2020, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP), a la vista de la historia clínica y recabado el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya presuntamente ocasionado el daño por el que se reclama (en este caso, el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria -HUNSC-), todo ello referido a la asistencia sanitaria prestada a (...).

Dicho informe es evacuado el día 23 de septiembre de 2020.

1.5.- El día 12 de enero de 2021, la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud dicta acuerdo probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas por la interesada e incorporando -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción.

Asimismo, y con idéntica fecha se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose a la interesada un plazo de diez días para que pudiera formular alegaciones y presentar los documentos que estimase procedentes.

Ambos acuerdos constan debidamente notificados a la reclamante.

1.6.- La interesada formula escrito de alegaciones con fecha 27 de enero de 2021.

1.7.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias (según se justifica en el Antecedente de Hecho quinto de la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo), al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan

cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

1.8.- Con fecha 4 de marzo de 2021 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...).

2. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

IV

1. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que “para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

- *La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.*

- *Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.*

- *Ausencia de fuerza mayor.*

- *Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.*

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”».

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre),

procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública; puesto que no se ha demostrado *mala praxis* en la atención sanitaria dispensada al esposo de la reclamante.

En este sentido, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente recogida, entre otros, en el dictamen 272/2019, de 11 de julio, en el que señalamos lo siguiente:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa non sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo «(...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

4. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se considera que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la «lex artis ad hoc». De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

Sobre este particular, no cabe más que compartir los argumentos expuestos por la propia Propuesta de Resolución en su Fundamento de Derecho sexto, y cuyo contenido se reproduce a continuación, dados los términos ilustrativos en los que se pronuncia -folios 959 a 962-:

«1.- Respecto a la intervención en la pierna derecha.

Consta en la hoja de asistencia cumplimentada por el personal técnico de la ambulancia: "Refiere dolor en miembro inferior derecho."

- A las 00:53 h. del día 30 de mayo de 2014 llega al Servicio de Urgencias del HUNSC. En el triaje, momento en el que se identifica el problema y motivo de consulta en base a signos y síntomas manifestados por el paciente consta anotado por personal de enfermería: "Dolor y adormecimiento Miembro inferior derecho (MID)" Sin embargo, en la valoración clínica por especialista se menciona como motivo de consulta: dolor y frialdad en miembro inferior izquierdo (MII).

Con fecha 20 de abril de 2020 informa el Dr. (...), Jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular (folios n.º 666-671) y expone que, a su llegada, la reclamante refiere notarle a su esposo la pierna izquierda más fría y dolorosa. La anamnesis es muy dificultosa debido a su demencia vascular.

Es atendido por el Cirujano vascular de guardia, observando signos de isquemia crónica en ambas extremidades inferiores, siendo la exploración en pierna derecha compatible con isquemia crítica, esto es, que compromete seriamente la viabilidad de la extremidad, y la vida del paciente. Por este motivo se le propone a la familia intervención quirúrgica de urgencia (embolectomía transfemoral) para intentar extraer el trombo que causa la obstrucción en la pierna derecha, por ser la que tiene signos de isquemia crítica. Se trata de una cirugía sencilla para todo cirujano vascular y que se puede realizar con anestesia local, dependiendo del estado del paciente.

El mismo día 30 de mayo a las 4h se realiza la intervención. Durante la cirugía se observaron signos de enfermedad crónica de larga evolución, pues la arteria femoral superficial ocluida presentaba placas de ateroma en arteria femoral común.

Por tanto, y en palabras del Dr. (...), a su llegada a urgencias, el paciente presentaba un cuadro de isquemia aguda de la pierna derecha, por empeoramiento de una isquemia crónica previa y un cuadro de isquemia crónica en la pierna izquierda. Esta es una enfermedad cuya causa principal es la arterioesclerosis, (depósito de grasa en las arterias que se produce a lo largo de muchos años). Se produce en la totalidad del árbol vascular, a nivel de arterias cerebrales, coronarias, MMII, etc. Es como el depósito de cal en las tuberías. Este se produce en toda la tubería, no sólo en una parte de ella y va cerrando progresivamente el paso de sangre a los distintos órganos. Llega un momento en el que cierra la circulación totalmente y es lo que produce esa isquemia por la que acude el enfermo a urgencias. En los antecedentes de este paciente se puede observar la afectación de todos estos territorios (demencia vascular, cardiopatía, arteriopatía periférica).

Dada la multicentricidad de la enfermedad, el paciente venía con afectación de ambos MMII, pero los signos clínicos indicaban que el MID era el que más riesgo corría en esos momentos. Se puede comprobar en la evolución de los meses posteriores, que la pierna

izquierda está compensada y no le produce ningún problema importante sin haberla intervenido quirúrgicamente.

En relación al dolor que presentaba el paciente y que su esposa comenta, es muy difícil precisar la localización del mismo. En historias clínicas previas y en la del primer ingreso en Cirugía vascular, era muy difícil la anamnesis del paciente debido a su demencia vascular. Incluso está apático, según el test de Norton realizado al ingreso en urgencias. Por tanto, no se puede descartar que el dolor que comentaba la esposa podría originarse en la pierna derecha, que es la que tenía signos de isquemia crítica.

La frialdad de la pierna izquierda también es un signo de isquemia, pero no de isquemia crítica. Esta frialdad puede llamar más la atención que, por ejemplo, la falta de sensibilidad y motilidad de una pierna en un enfermo encamado y con demencia vascular, de ahí que ella esposa pudiera interpretar que la pierna izquierda estuviera peor.

En ese momento la pierna que requería cirugía urgente era la pierna derecha, que es la que tenía signos de isquemia crítica.

En cuanto a la situación descrita en reclamación inicial respecto a que tras la intervención quirúrgica la pierna se quedó flexionada y sin movilidad porque se le había cortado un tendón, el Dr (...) asevera que en el procedimiento quirúrgica empleado se realiza una pequeña incisión en la ingle con objeto de introducir un catéter con un globo, que se hincha una vez que se atraviesa el trombo, y se extrae tirando del catéter. En la ingle no existe ningún tendón que, al cortarse, pueda producir como complicación la flexión de la pierna. El signo de "la pierna en flexión" es típico en isquemias irreversibles que novan a recuperar la funcionalidad del miembro y suele ser una situación de amputación.

La arterioesclerosis es una enfermedad crónica, incurable. Otras técnicas quirúrgicas añadidas a la realizada tienen riesgo vital, que depende del estado general del paciente y de los antecedentes previos. Este paciente fue presentado en sesión clínica para valorar la realización de alguna técnica complementaria a la realizada para mejorar la perfusión, pero se desestimó cualquier otra cirugía debido a sus antecedentes, y porque, para intentar mejorar la vascularización de la extremidad existía un riesgo vital alto. No se podía intentar salvar o mejorar una extremidad poniendo en riesgo la vida del paciente.

En la evolución posterior se observa la pierna derecha más fría que la izquierda, con escaso relleno capilar, con equino, y sensibilidad disminuida y el día 2 de junio de 2014 se informa: " (...) Explicamos a la esposa las altas posibilidades de amputación mayor en fechas próximas (...) ".

2.- Respecto a la perforación de vejiga urinaria

En relación con este objeto reclamado, durante el ingreso, el paciente precisó de sonda vesical por incontinencia. Este sondaje es controlado por parte de enfermería tanto el

volumen y calidad de la diuresis, como la permeabilidad y correcta colocación de la misma. Hay que considerar que un paciente con incontinencia urinaria usuario de absorbentes de incontinencia no permite el control de la cantidad de la diuresis siendo éste necesario durante el ingreso mediante sondaje para valorar el funcionamiento renal y evaluar la evolución clínica.

En registro de enfermería del 15 de agosto de 2014 se recoge que “ (...) Al principio del turno me encuentro a su señora manipulándole la sonda vesical y tirándole de ella y el enfermo quejándose, le explico que por favor que no se la manipule porque le está haciendo daño, a lo que ella responde que daño si le estamos haciendo nosotras con la sonda puesta y tirando de ella (su señora) y enseñándome un resto de sangre. Le digo que podría haber sido causado por estar ella tirando, a lo que responde con chillidos e insultos sobre nuestra función. A su vez le respondo que guarde su compostura y nos respete o me veo la obligación de llamar a seguridad. En ese momento sigue con insultos en voz baja y se va de la habitación (...) ”.

No queda registrado por parte de enfermería ningún suceso relacionado con una posible perforación vesical, ni tratamiento posterior que hubiera que realizar para tratarla. Si se hubiera producido y no se hubiera tratado, hubieran aparecido complicaciones graves con una alta mortalidad. Este paciente precisaba sondaje vesical, puesto que padecía incontinencia urinaria crónica. Ya venía desde casa con tratamientos anticoagulantes por su arritmia cardíaca, más las sustancias anticoagulantes que hay que introducir en la arteria durante la cirugía para que no se vuelva a coagular la sangre. En estos casos es muy frecuente la hematuria (orina con de color rojo por tener cierto componente sanguíneo), pero este hecho no quiere decir que se haya perforado la vejiga.

3.- Respecto a la causa del fallecimiento

- El 20 de junio de 2014, acude al Servicio de urgencias del HUNSC, por presentar: “fiebre 38-39º, dificultad respiratoria de tres días de evolución, agravamiento de su estado basal.”. Se recoge urocultivo, con crecimiento posterior de *Klebsiella pneumoniae*.

Con los diagnósticos: Infección respiratoria, insuficiencia respiratoria, descompensación hiperglucémica, infección urinaria, enfermedad renal crónica agudizada, entre otros, por requerir seguimiento en Medicina Interna se deriva a HSJD, ingresando en dicho centro concertado alrededor de las 20:00 h. del día 20 de junio de 2014.

A su llegada se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro, así como tratamiento para isquemia y resto de patologías. A pesar de todo, las lesiones isquémicas progresan con retracción progresiva del MID, y se formula consulta al Servicio de Cirugía vascular del HUNSC.

- El día 21 de julio de 2014 en el HUNSC, en consulta con especialista en cirugía vascular, tras exploración consta: “ (...) ante la situación clínica actual, se explica a paciente

y familiar la situación clínica posponiéndose la amputación mayor. (...) En caso de dolor incoercible o infección no controlable con antibióticos, volver a remitir para intervenir (...)

Continúa la hospitalización en el HSJD con urocultivo negativo. Se suspende antibioterapia, pero en dos semanas nuevamente episodio febril, y en cultivo de la escara necrótica del pie crecen bacterias que requiere nuevamente tratamiento con antibioterapia.

- El 13 de agosto de 2014, se remite al paciente de nuevo al HUNSC. Presenta necrosis seca en borde externo del pie y planta derecho con contractura en flexión del MID.? Este signo indica que, aunque se intente revascularizar la extremidad, ésta no va a ser viable funcionalmente. Se propone para amputación mayor supracondílea derecha, que tiene lugar con fecha 28 de agosto del mismo año, como única alternativa para salvar la vida del paciente.

- El día 1 de septiembre de 2014 comienza con cuadro de insuficiencia respiratoria en el contexto de sobreinfección respiratoria, bacteriemia por Klebsiella, e Insuficiencia cardiaca congestiva con FA rápida de base, que es valorada por el servicio de Cardiología y Medicina Interna, reajustando el tratamiento, y siguiendo evolución. A pesar de tratamiento de soporte, deplectivo, corticoides, aerosoles y antibioterapia específica (vancomicina, gentamicina, imipenem, colistina, ceftriaxona, (...)), el paciente evoluciona desfavorablemente en los siguientes días, con fallo multiorgánico, por lo que tras hablar con la familia y explicarle el mal pronóstico a corto plazo, se solicita valoración por la Unidad de Cuidados Paliativos.

En cuanto a la causa de la muerte, se trata de un paciente muy deteriorado, con múltiples antecedentes clínicos, cualquiera de ellos potencialmente mortal. Destacan: cuadros de neumonía de repetición previas. La propia isquemia con la que llegó a urgencias tiene una mortalidad del 50% a corto plazo”.

A la vista de lo anteriormente expuesto, procede concluir -en unión de criterio con la Propuesta de Resolución y el informe del SIP (folio 46)- lo siguiente:

«1.- No existió error en el miembro inferior sometido a terapia endovascular. La exploración clínica por personal facultativo especialista justifica la actuación en miembro inferior derecho urgente, sin demora, por ser el que presentaba mayor compromiso vascular, isquemia crítica. Ello sin perjuicio de que la afectación arterial vascular implicaba ambos miembros inferiores desde 2008 y con independencia de la sintomatología que pudiera existir en el miembro izquierdo.

No se produjo la sección de tendón. El déficit vascular ocasiona isquemia de los nervios sensitivos y motores lo que provoca daño neurológico. La isquemia de los músculos provoca la retracción del miembro inferior derecho.

2.- No existió perforación de vejiga. La sonda vesical puede ocasionar irritación en el trayecto que ocasionalmente produzca una coloración en la orina con contenido hemático, máxime en paciente anticoagulado, sin que ello indique ni perforación ni atención inadecuada. Sin perjuicio de manipulación inadecuada ajena al personal y al servicio sanitario.

3.- En cuanto a las infecciones, hay que considerar que el paciente presentaba una grave pluripatología, con defensas debilitadas de forma acusada, con neumonías, infecciones respiratorias de repetición al menos desde octubre de 2013. Que recibió tratamientos antibióticos adecuados para combatir los gérmenes que se fueron presentando. Sufrió diferentes procesos infecciosos y que a pesar del/los tratamiento/s antibiótico/s específicos con Hemocultivos y urocultivos que se negativizaban, en un organismo vulnerable y debilitado, se produjo evolución a un fracaso multiorgánico con insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal que condujeron al exitus el 5 de septiembre de 2014».

5. En conclusión, una vez examinado el contenido del expediente remitido, y habida cuenta de que la reclamante no ha aportado ningún elemento probatorio que permita considerar demostrado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc* (arts. 77.1 de la LPACAP en relación con el art. 217 de la LEC), es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) se considera que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV.