



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 8 8 / 2 0 2 2

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de diciembre de 2022.

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 representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 457/2022 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 9 de noviembre de 2022 (con registro de entrada en este Organismo el día 10 de noviembre), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria 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.

2. La reclamante solicita ser indemnizada con la cantidad de 71.335,59 euros, lo que 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 (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 (LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); también son de aplicación la Ley 14/1986, de 25

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

de abril, General de Sanidad; la Ley 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; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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. En lo que se refiere a la legitimación activa, la reclamante ostenta la condición de interesada en el procedimiento puesto que alega haber sufrido daños personales como consecuencia de una deficiente asistencia sanitaria por parte del Servicio Canario de la Salud [art. 4.1, letra a) de la LPACAP, en relación con el art. 32 de la 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. Se cumple también el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se interpone la reclamación el día 13 de noviembre de 2019, respecto de un daño sufrido en fecha 30 de diciembre de 2018 (art. 67 LPACAP).

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada (arts. 21.2, art. 24.3 b) y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP) que al hacerlo no queda vinculada al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

II

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. Concretamente, alega en su escrito de reclamación:

«Primero.- El pasado 29 de diciembre de 2018, (...) acude al servicio de urgencias del HUC por un cuadro de vómitos y deposiciones diarreicas con dolor abdominal, siendo valorada así con un síndrome emético diarreico con alteraciones analíticas llamativas, y dada de alta por el servicio de urgencias. Si bien como los síntomas persistían acudió nuevamente a urgencias del HUC no siendo atendida con la diligencia debida, ya que después de varias horas con los síntomas descritos se produce un deterioro brusco del estado general con un episodio de distress respiratorio agudo.

Hay que añadir que en esta segunda visita a urgencias, se determina la existencia de un cuadro confusional agudo con la presencia de un nistagmo, vómitos, diarreas y calambres, es valorada por varios especialistas, se procede a la realización de una reposición hidroelectrolítica para la corrección de la deshidratación y las alteraciones con hipomagnesemia, hipocalcemia.

Segundo.- Partiendo de esta base, se ha derivado a una nueva patología de "Nistagmo y la encefalopatía de Wernicke la cual se caracteriza por la clínica típica de oftalmoplejía (preferiblemente VI PC), nistagmus, ataxia. Existen protocolos hospitalarios de prevención mediante el suministro de tiamina IV en casos con historial dietas insuficientes, diarreas o vómitos reiterados, neuropatía periférica, enfermedades intercurrentes, delirium tremens y otras.

Algunos expertos aconsejan tiamina parenteral en todos los casos en riesgo de la sala de emergencia. Existe consenso en administrar vitaminas hidrosolubles y minerales en las cirugías bariátricas. En algunos países se ha hecho obligatorio suplementar algunos alimentos con tiamina y los casos con EW han disminuido. Sin embargo, es difícil cuantificar el beneficio porque se aplicó junto con otras medidas de prevención y tratamiento temprano. Evitar el consumo de alcohol y tener una alimentación adecuada disminuye el riesgo de desarrollar esta enfermedad.

Los pacientes con nistagmo requieren una especial atención por parte de varios profesionales de distintas disciplinas para determinar su etiología y posterior tratamiento.

En la mayoría de los casos, lo único que se conseguirá mediante los distintos tratamientos es mejorar la calidad de vida del paciente sin que ello suponga una cura de su

afección, pero para ellos cualquier mejora significativa, tanto funcional como estética, puede ser muy importante para su desarrollo personal y autoestima.

Por lo tanto si de hubiere detectado a tiempo el mismo día que acudió a urgencias 30/12, sabiendo el historial médico y las patologías que presenta la lesionada, podían haber actuado con mayor rapidez la lesionada no se hubiera quedado con el Nistagmus y con pérdida de visión, tanto es así que no puede salir sola a la calles, no puede realizar las actividades propias de la vida, quehaceres habituales, tiene que estar acompañada porque no puede realizar una vida normal, no puede conducir, ni caminar de momento sola.

(...), ya tiene concedida una incapacidad permanente total, por una accidente donde se ha quedado limitado el hombro izquierdo, ahora con este nuevo diagnóstico, podemos valorar que se solicite una INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA, donde supone una alteración continuada de la salud que imposibilita o limita a quien la padece para la realización de cualquier tipo de actividad profesional. Cuando, además de las pérdidas anatómicas o funcionales, precisen asistencia de otra persona para actos esenciales de la vida, en este caso la lesionada depende de una tercera persona para realizar las actividades de desarrollo personal y profesional. A estas conclusiones llega el perito médico (...), colegiado (...) que se aportará en este procedimiento de reclamación patrimonial.

Tercero.- Como consecuencia del mal diagnóstico efectuado por el mi representada ha sufrido una serie de importantes lesiones, resulta del interés de mi mandante solicitar la iniciación del presente procedimiento para solucionar esta cuestión (...) ».

III

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

1. Mediante Resolución de 2 de enero de 2020, de la Directora del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y 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.

2. En la misma fecha se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP).

3. Con fecha 11 de octubre de 2022, consta emitido el informe del SIP, referido a la asistencia sanitaria que le fue prestada a la paciente, adjuntando los informes médicos preceptivos (art. 81.1 LPACAP), acreditando la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«A.- Se trata de paciente mujer con fecha de nacimiento 26.04.62 entre sus antecedentes figura: Incapacidad permanente total. Hipertensión, hipercolesterolemia, bursitis/capsulitis de hombro. Tiroidectomía total bilateral (octubre 2018), Hipocalcemia postoperatoria, Parestesias en miembros superiores e inferiores, cervicalgia (Ver asistencia en urgencias del 06.12.18), entre otros. Las parestesias (calambres / hormigueos) se describen entre los riesgos de la cirugía de tiroides.

B.- Acude al Servicio de Urgencias del HUC el 30.12.18, 13:21 h por cuadro de vómitos y diarrea de 24 horas de evolución. Se practica analítica que aprecia descompensación electrolítica, gasometría. TAC abdomen y TAC craneal sin alteraciones, entre otras pruebas diagnósticas.

El tratamiento del vómito en el Servicio de Urgencias consta de tres pasos que efectivamente se realizaron:

1. Corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos administrando soluciones.
2. Tratamiento sintomático del vómito con fármacos antieméticos.
3. Tratamiento de la causa del vómito (sepsis entérica antibioterapia).

En ningún caso se cursa alta, continúa ingresada en el HUC.

- El 31.12.18 alrededor de las 13:00 h se solicita interconsulta urgente a UMI por deterioro brusco del estado general de la paciente con inicio de episodio de distress respiratorio agudo, taquicardia hasta 160 lpm e hipotensión tras un vómito. Con inicio de nistagmo vertical y temblor MMSS.

Acuden a valorar a la paciente a las 14:00 horas. Consciente, orientada, colaboradora, con nistagmo ocular bilateral vertical, PINR. Afebril. Hemodinámicamente la paciente se encuentra en taquicardia sinusal a 150 lpm, con TA 170/90 mmHg, con buen relleno capilar. Respiratoriamente taquipneica, con Ventimask a 8 lpm, al 50%, sat 97%. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin agregados patológicos. Abdomen blando, depresible, ligeramente distendido. Ruidos intestinales presentes. Miembros inferiores sin edemas, pulsos pedios presentes. No se consideró candidata a ingreso en UMI.

C.- Desde Urgencias se formula interconsulta con Medicina Interna siendo que a partir de ese momento es seguida por dicha especialidad.

Se solicita nueva valoración por UMI y el 1 de enero de 2019 consta en las anotaciones: “ (...) .Por la tarde, comienza de forma brusca con dificultad respiratoria que refiere coincidir con bajada brusca del cabecero de la cama y por dicho motivo aumentan la FiO2 a 35%. Además, durante el día recorte de diuresis con muy buena respuesta a furosemida en bolos. En analítica objetivan nueva disminución de calcio a 7.7 con magnesio corregido y comienzan

reposición con gluconato cálcico. Además, comienza nuevamente con nistagmus que refieren ser horizontal, vertical y por momentos rotatorio (...) .”.

D.- Valorada por Neurología en la tarde-noche del día 1 de enero se sospecha cuadro vertiginoso de origen central (enfermedad vascular, tumores, ACV, migraña vestibular, fármacos, (...)).

Mañana del 2 de enero: Medicina Interna. Cuadro de vómitos y diarrea resuelto. Afectación neurológica con cuadro confusional asociado a nistagmo. Estable. Ajustan tratamiento y suspenden Primperan y Meropenem que cambian por Cefepime y Metronidazol, por si pudiese tener relación con el nistagmo.

2 de enero: Control por Endocrinología. Ajustan tratamiento.

Neurología 2 de enero: en nueva valoración, el juicio diagnóstico establece tres posibilidades:

-Cuadro vertiginoso relacionado con alteraciones iónicas.

-Vértigo central a pesar de que el TAC fue normal. Solicitan nuevo TAC y Resonancia Magnética.

- Encefalopatía de Wernicke (EW) por cuadro de vómitos. Para cubrir dicha posibilidad inicia tratamiento con tiaminas. Esto es, se pensó en la probabilidad de déficit de Tiamina (Vit B1) propiciada por el cuadro de vómitos y por ello se pauta tratamiento empírico con Benerva®. El tiempo desde el inicio de la clínica neurológica día 31 de diciembre de 2018 hasta la sospecha y tratamiento empírico fue solo de 2 días. El retraso en el inicio del tratamiento fue mínimo, crucial para garantizar un buen pronóstico. Esto es, ante la clínica, cronopatología, la sospecha diagnóstica incluyó la posibilidad de EW y su tratamiento precoz.

E.- 03.01.19: paciente estable, ya corregidos los trastornos hidroelectrolíticos (hipomagnesemia e hipocalcemia) y sin datos de infección tras recibir tratamiento antibiótico. Sin embargo, ante la persistencia del nistagmo, se decide ingresar en planta para seguir los estudios. Se realiza punción lumbar que no arroja alteración. Pasa a planta de hospitalización el día 4 de enero de 2019. Solo destaca la persistencia del nistagmo. Evolución estable, Resonancia Magnética cerebral sin alteraciones sugestivas de daño cerebral. Valorada por neurooftalmología, sugiere Encefalopatía de Wernicke (EW).

Alta hospitalaria el 17.01.19.

F.- En informe de 13 de diciembre de 2019, a los efectos de minusvalía, por parte de Oftalmología se indica:

Con lentes, se consigue correcta agudeza visual.

Nistagmo en todas las posiciones que mejora en Posición primaria de la mirada (PPM mirando derecho de frente) esto es, colocando la cabeza en una posición concreta, el movimiento del ojo es mínimo.

Existe una posición ocular en la que el nistagmus se reduce o incluso llega prácticamente a desaparecer, obteniendo la mejor resolución de la imagen, es la posición de bloqueo».

Estableciendo el SIP las siguientes conclusiones:

«1.- La asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del HUC desde su llegada el día 30.12.18 a las 13:21 h se ajustó a una práctica correcta siendo el cuadro clínico presentado vómitos y diarrea de 24 horas de evolución. No se trata por tanto de síntomas gastrointestinales prolongados.

No se trataba de paciente con factores de riesgo para Encefalopatía de Wernicke.

2.- El día 31.12.18 inicia cuadro agudo de descompensación con taquicardia e hipotensión tras un vómito. Aparece nistagmo.

Las valoraciones clínicas incluyen el concurso de especialistas en Medicina Intensiva, Medicina Interna, Neurología, Endocrinología, con valoraciones seriadas ajustando dosis y modificando medicación que logra resolver el cuadro de vómitos, corregir las alteraciones electrolíticas y tratar el cuadro infeccioso intestinal.

3.- En cuanto al nistagmo que inicia el 31.12.18, en una paciente sin riesgo para EW, se piensa inicialmente en un cuadro de vértigo central ya que el nistagmo es un síntoma muy característico aún sin vértigo acompañante.

En nueva valoración por Neurología el día 02.01.19, se incluye la EW entre las tres sospechas diagnósticas aún sin determinar, se solicitan más pruebas diagnósticas y se inicia tratamiento con Vitamina B1 (Benerva) como tratamiento de probabilidad (empírico). No podemos hablar por tanto de retraso en iniciar el tratamiento.

Por otra parte, está descrito que: Incluso con tratamiento, los déficits neurológicos residuales en EW siguen siendo bastante frecuentes. Aproximadamente el 60% de los pacientes continúan mostrando nistagmo horizontal después del tratamiento; otro 60% tiene dificultades para caminar (incluyendo una marcha lenta y de base ancha). Los déficits cognitivos también persisten, con tan solo un 20% recuperándose completamente de WE y el resto con déficits de aprendizaje continuo o déficits de memoria recientes.

El síndrome de Wernicke-Korsakoff y los trastornos neurológicos relacionados debido al alcoholismo y la desnutrición: 2nd edn., por (...).

4.- Se emite informe desfavorable».

4. En relación con los informes médicos preceptivos, el informe del Coordinador del Servicio de Urgencias, emitido en fecha 3 de junio de 2020, indica:

«1. No consta en el registro informático del HUC ninguna visita al Servicio de Urgencias el día 29 de diciembre de 2018, por lo cual no es cierto este primer aspecto que se relata en el escrito. No hubo por tanto alta por parte de Urgencias ese día.

2. En segundo lugar, indica que cuando acude nuevamente a urgencias “no fue atendida con la diligencia debida”. Señalar que la paciente llegó a Urgencias a las 13:21 horas, constanding que la valoración médica se escribe en la historia clínica (tras valorar a la paciente) a las 13:38 horas. Si por diligencia según el DRAE se entiende “prontitud, agilidad o prisa”, tampoco parece correcta esta afirmación de los demandantes, pues en absoluto se ajusta a la realidad.

3. Como bien indica el reclamante, la paciente se atendió en base al cuadro sindrómico que presentaba: reposición hidroelectrolítica, antibioterapia, siguiendo la práctica clínica habitual. Se ubicó en la zona de observación de urgencias para pacientes que requieren más vigilancia clínica (monitorización de constantes vitales, etc). El mismo día 30, se le realizó un primer TAC craneal a las 23:31 horas.

Dada la evolución de la paciente tras el tratamiento inicial, se solicitó interconsulta al Servicio de Medicina Intensiva (día 31/12 a las 15:41). La respuesta de este servicio fue la siguiente:

31.12.2018 17:09:32. Servicio de guardia UVI [Dra. (...), Dra. (...), Dr. (...)]. Acudimos a valorar a la paciente a las 14:00 horas. EF: Consciente, orientada, colaboradora, con nistagmo ocular bilateral vertical, PINR. Afebril. Hemodinámicamente la paciente se encuentra en taquicardia sinusal a 150 lpm, con TA 170/90 mmHg, con buen relleno capilar. Respiratoriamente taquipneica, con Ventimask a 8 lpm, al 50%, sat 97%. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin agregados patológicos. Abdomen blando, depresible, ligeramente distendido. Ruidos intestinales presentes. Miembros inferiores sin edemas, pulsos pedios presentes. En el momento de la valoración la paciente no presenta criterios de ingreso para medidas invasivas. Se decide dejar a la paciente en urgencias, optimizamos tratamiento, recomendamos ampliar estudio para obtener juicio diagnóstico.

4. Tras la valoración por el Servicio de UVI, a las 17:11 horas es valorada por el Servicio de Medicina Interna. Consta en su informe inicial lo siguiente:

Paciente mujer de 56 años que acude el 30/12/18 al servicio de urgencias por cuadro de 24 horas de evolución consistente en 8-9 vómitos líquidos y 6-7 deposiciones diarreicas de consistencia líquidas que se han asociado a dolor abdominal. Además refiere haber presentado calambres. Tras interrogar a los familiares (hijo y nuera) refieren que desde la tiroidectomía de oct 2018 la paciente ha presentado astenia intensa. No fiebre ni sintomatología respiratoria ni genitourinaria en el domicilio. La paciente fue valorada ayer por el servicio de urgencias por síndrome emético-diarreico sin alteraciones analíticas llamativas. Hoy avisan al SGMI por deterioro brusco del estado general de la paciente con

inicio de episodio de distress respiratorio agudo, TQ hasta 160 lpm e hipotensión tras un vómito.

5. Dicho Servicio, solicita nuevamente el concurso de medicina intensiva sobre las 20:00 horas, con el siguiente resultado:

01.01.2019 21:02:38. Nos solicitan nueva valoración de la paciente por malestar general y disnea. La paciente refiere haberse sentido mejor con respecto ayer durante todo el día. Por la tarde, comienza de forma brusca con dificultad respiratoria que refiere coincidir con bajada brusca del cabecero de la cama y por dicho motivo aumentan la FiO2 a 35%. Además, durante el día recorte de diuresis con muy buena respuesta a furosemida en bolos. En analítica objetivan nueva disminución de calcio a 7.7 con magnesio corregido y comienzan reposición con gluconato cálcico. Además, comienza nuevamente con nistagmus que refieren ser horizontal, vertical y por momentos rotatorio. A nuestra valoración la paciente se encuentra estable hemodinámicamente sin aminos, TA 100/60, FC 85 lpm, saturando 95% con VMK con FiO2 35%. Taquipneica con leve tiraje abdominal. Impresiona de rigidez al hablar. A la auscultación crepitantes bibasales con sibilantes bilaterales. Tras unos minutos mientras se le administra la reposición de calcio mejoría posterior con mayor fluidez al hablar y subjetivamente respirando mejor. Recomendamos reposición iónica. Acordamos que en caso de empeoramiento del estado general volvemos a valorarla.

En síntesis la paciente fue tratada inicialmente de forma diligente, ubicada en una sala de urgencias adecuada para su vigilancia clínica estricta y, tras el tratamiento inicial, al objetivarse que no había mejoría clínica adecuada, se solicitó el concurso del Servicio de Medicina Intensiva en primer lugar y luego del Servicio de Medicina Interna, para proceder al ingreso de la paciente. Entiendo que todas estas actuaciones fueron las correctas, en base al diagnóstico de sospecha: síndrome diarreico/emético con alteraciones hidroelectrolíticas secundarias.

Hecho segundo.

El Servicio de Medicina Interna se hace cargo de la asistencia de la paciente, aunque por su inestabilidad clínica permanece en las camas de monitorización de Urgencias. En lo que compete a esta reclamación, los diagnósticos probables iniciales fueron:

1. Sepsis probable origen abdominal (SínDr. emético-diarreico)
2. Deshidratación severa.
3. Insuficiencia renal aguda secundaria a 2.
4. Hipomagnesemia crónica posttiroidectomía, probablemente agudizada en el contexto de 2.
5. Hipopotasemia secundaria.

6. Hipotiroidismo e hiperparatiroidismo postiroidectomía.

7. Descompensación hiperglucémica no cetósica en el contexto de 2 y probable debut de DM 2.

Consta una primera interconsulta a neurología el día 1/1/2019, dicho servicio solicita RMN craneal y vascular para descartar vértigo de origen central. No es hasta una segunda interconsulta hecha al servicio de neurología, cuando sobre las 18 horas del día 2 de enero, plantean lo siguiente:

Juicio diagnóstico:

1. CUADRO VERTIGINOSO de instauración subaguda. Posible cortejo vegetativo asociado que justifique los vómitos, no claramente las diarreas. Descompensación de su patología sistémica de base:

*. HIPOCALCEMIA SINTOMÁTICA SECUNDARIA A HIPOTH POST-QX

*. HIPOMAGNASEMIA

*. HIPOCALCEMIA

Dando lugar a un cuadro encefalopático/confusional que ha ido mejorando a raíz de mejoría de las alteraciones iónicas.

Otra posible explicación del cuadro confusional + nistagmus es que sea debido a un Wernicke precipitado por los vómitos + el uso de suero glucosalino sin tiaminas.

- A descartar origen central del vértigo: si bien TC de cráneo inicial normal.

- Origen periférico

- +/- wernicke por cuadro de vómito.

PLAN:

1. Repito TC de cráneo: valorar si cambios con respecto al previo que orienten a un origen vascular.

2. Inicio tiaminas

3. Ya tramitada RMN.

Como se puede observar, la orientación diagnóstica inicial, tanto del Servicio de Medicina Interna como del Servicio de Neurología, no apuntaban hacia una encefalopatía de Wernicke, sino hacia un probable vértigo de origen central. Es más, se inicia el tratamiento con tiamina como una posibilidad marginal, pero ha de tenerse en cuenta que la paciente tenía nistagmus a su llegada, no tras la administración de soluciones glucosadas.

La tiamina parenteral se usa de forma profiláctica en países fundamentalmente del ámbito anglosajón, donde existen importantes carencias de esta vitamina asociada al fenómeno de los Homeless u otras situaciones de carencia importante de

nutrientes/vitaminas. Si existen protocolos en nuestro entorno en este sentido, no son conocidos por el que suscribe y entiendo que deberían ser aportados por la parte demandante antes de realizar una afirmación tan contundente.

En segundo lugar no parece que la paciente tuviese inicialmente alguna de las condiciones que relatan respecto al uso de tiamina: "historial de dietas insuficientes, diarreas o vómitos reiterados, neuropatía periférica, enfermedades intercurrentes, delirium tremens y otras".

En el segundo párrafo de los HECHOS, se transcribe un texto en el que hablan de "SALA DE EMERGENCIA". Entiendo que es una traducción de un texto anglosajón, dado que no se emplea esta terminología en España. En cualquier caso el propio texto aportado (no existe referencia bibliográfica del mismo para conocer su procedencia y su nivel de evidencia científica), indica que es difícil cuantificar el beneficio al aplicarse con otras medidas de prevención y tratamiento temprano. Nada que añadir a esa afirmación, salvo que a la paciente se le aplicaron otras medidas de prevención y tratamiento temprano.

Hecho tercero.

En la secuencia de diagnóstico y tratamiento de este caso, se siguieron las pautas habituales y correctas en cuanto a asistencia, con el uso de todos los medios diagnósticos a nuestro alcance y con el concurso de los especialistas más acordes con la situación clínica y la sospecha diagnóstica de cada momento.

En cualquier caso, al diagnóstico de encefalopatía de Wernicke-Korsakoff se llega, tras descartar los diagnósticos más habituales en nuestra práctica clínica, mediante la administración de medicación y con el resultado de las pruebas complementarias que se le fueron practicando a la paciente. Como se indica en el informe de alta del ingreso hospitalario:

A su llegada a urgencias es valorada por varios especialistas se inicia para el cuadro enterico tto con meropenem y metronidazo, reposición hidroelectrolítica para la corrección del cuadro de deshidratación y las alteraciones iónicas que presenta a su llegada con hipomagnesemia, hipocalcemia e hipocalemia, asociándose Tiamina ante la sospecha de encefalopatía de Wernicke-korsakoff secundario al cuadro emético que puede explicar el nistagmo y la encefalopatía a su llegada ante los resultados negativos de las pruebas de imagen y la mejoría de la clínica, es valorado por neurooftalmología que plantea el mismo diagnóstico.

Otras consideraciones.

En la Resolución 4/2020 de la Directora del SCS de fecha 02/01/2020 se indica en los antecedentes de hecho lo siguiente:

- El 30 de diciembre de 2018, acude al Servicio de Urgencias del HUC (...) (...) con alteraciones analíticas llamativas. Se le da alta a la paciente.

- Como persisten los síntomas, acude nuevamente el 31 de diciembre de 2018, a urgencias del HUC. En esta ocasión presenta nistagmo, diarreas y calambres (...) Debo significar que estos hechos no son correctos, pues la paciente no fue dada de alta tras la asistencia del 30 de diciembre, sino que permaneció en el Servicio de Urgencias, recibiendo asistencia, según consta tanto en el registro informático como documentalmente mediante la historia clínica y los registros en papel de cuidados de enfermería.

Finalmente, lamentando en cualquier caso el estado funcional actual de la paciente y las limitaciones para las actividades de la vida diaria, no parece que en la asistencia de Urgencias hubiese mal funcionamiento de los servicios públicos, sino al contrario, una preocupación máxima por llegar al diagnóstico correcto de la paciente».

Por otra parte, el informe emitido por el Servicio de Neurología, realiza las siguientes consideraciones médicas:

«En relación al informe solicitado al Servicio de Neurología por la Reclamación Patrimonial número 213/19 correspondiente a la paciente (...) (número de historia 2005000600) reseñar que yo, (...) con número de colegiado 38/7018 valoré a la paciente el día 2 de enero de 2019 a petición de una interconsulta de urgencia realizada por el Servicio de Medicina Interna el día 2 de enero de 2019 por clínica de desorientación y nistagmus horizonte-rotatorio en todas las posiciones de la mirada en el contexto de cuadro gastrointestinal acompañado de náuseas, vómitos y diarreas, sintomatología que se inició el día 30 de diciembre de 2018.

En el momento de mi valoración, se había corregido ya las alteraciones iónicas que presentó a su llegada al Servicio de urgencias (hipomagnesemia, hipopotasemia e hipocalcemia), se sospechó un posible Síndrome de Wernicke, se inició tratamiento con tiaminas endovenosas y se descartó otras etiologías: infección del Sistema Nervioso Central (con la realización de una punción lumbar con resultado normal) y patología vascular ictal (TC cráneo realizado en el Servicio de Urgencias el día 31 de diciembre de 2021 normal, estando pendiente de realización de RM cerebral tramitada el día previo).

Cabe reseñar que, según la literatura, "las alteraciones oculomotoras suelen recuperarse en horas tras administrar tiamina, pero el nistagmus persiste en el 60% de los casos. La ataxia se recupera sólo en un 40% de los pacientes y más de la mitad de los pacientes permanecen con un trastorno de la marcha residual. La encefalopatía aguda se resuelve lentamente, pero permanece un déficit de aprendizaje y memoria reciente (psicosis de Korsakoff), que sólo se resuelve en un 20%" [1,2]. (...) ».

5. El día 17 de octubre de 2022, la Instrucción del procedimiento dicta Acuerdo Probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas consistente en documental médica obrante en el expediente.

6. Con fecha 17 de octubre de 2022, se concede el preceptivo Trámite de Vista y Audiencia del expediente. Trámite correctamente notificado a la interesada, sin que haya presentado alegación alguna al respecto.

7. Con fecha 3 de noviembre de 2022, se emite Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada, al entender el Órgano Instructor, que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

2. En relación con la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, 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 a 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».

Asimismo, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 viene a señalar que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de

enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

En similares términos, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) «que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

Y la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara lo siguiente:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

Por otra parte, y 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, sin perjuicio 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).

3. En el presente supuesto la interesada insta la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración al entender que, en la atención sanitaria que se le dispensó, existió error de diagnóstico, considerando que si se hubiera detectado a tiempo la patología que presentaba, esto es, el mismo día de su ingreso hospitalario (30 de diciembre de 2018), podría haberse actuado con mayor rapidez, y no hubiera padecido las secuelas de nistagmo y pérdida de visión, que le impide la realización de las actividades cotidianas.

Con carácter previo a entrar en el fondo del asunto, se hace necesario recordar la doctrina relativa a la pérdida de oportunidad, tal como hemos señalado reiteradamente en nuestro Dictámenes, entre otros, 396/2020, de 14 de octubre y 497/2021, de 19 de octubre, en los que señalábamos:

«Desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003).

«En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación n.º 6280/2009).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia *«la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación n.º 1247/2014) (...)».*

Pues bien, sentados los términos de la reclamación, en el presente caso se considera que la Administración sanitaria ha acreditado la adecuada actuación médica. Así, en el informe del SIP se constata que a la paciente se le practicaron diversas pruebas médicas, tales como analíticas, TAC abdominal y craneal, entre otras, en función de los síntomas que presentaba (cuadro de vómitos y diarrea de 24 horas de evolución y episodio de distress respiratorio agudo) en el momento de su ingreso el 30 de diciembre de 2018, los cuales fueron tratados con la debida urgencia para restablecer el estado de salud y vida de la paciente. Además, consta acreditado en el expediente administrativo que los facultativos ordenaron la continuidad de su ingreso en el HUC, sin que en momento alguno la afectada recibiera el alta, tal como esta alega en su escrito de reclamación, realizándose, incluso, interconsulta con el Servicio de Medicina Interna, siendo valorada, asimismo, por el Servicio de Neurología, y alcanzando la estabilidad el día 2 de enero de 2019. Por lo que, coincidiendo con el SIP, se considera que *«el tiempo desde el inicio de la clínica neurológica día 31 de diciembre de 2018 hasta la sospecha y tratamiento empírico fue solo de 2 días. El retraso en el inicio del tratamiento fue mínimo, crucial para garantizar un buen pronóstico. Esto es, ante la clínica, cronopatología, la sospecha diagnóstica incluyó la posibilidad de EW y su tratamiento precoz».*

Asimismo, el Coordinador del Servicio de Urgencias, en su informe, es concluyente con la asistencia sanitaria que la reclamante recibió en las fechas señaladas. Así cabría destacar, de manera especial, cuando señala que *«en la secuencia de diagnóstico y tratamiento de este caso, se siguieron las pautas habituales y correctas en cuanto a asistencia, con el uso de todos los medios diagnósticos a nuestro alcance y con el concurso de los especialistas más acordes con la situación clínica y la sospecha diagnóstica de cada momento.*

En cualquier caso, al diagnóstico de encefalopatía de Wernicke-Korsakoff se llega, tras descartar los diagnósticos más habituales en nuestra práctica clínica, mediante la administración de medicación y con el resultado de las pruebas complementarias que se le fueron practicando a la paciente».

De todo ello se concluye que la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del HUC se ajustó a una práctica médica correcta siendo el cuadro clínico presentado vómitos y diarrea de 24 horas de evolución. No se trataba por tanto de síntomas gastrointestinales prolongados. Tampoco se trataba de una paciente con factores de riesgo para Encefalopatía de Wernicke (EW). Sin perjuicio de ello se observa que en valoración por Neurología el día 2 de enero de 2019, se incluye la EW entre las tres sospechas diagnósticas aún sin determinar, solicitándose pruebas diagnósticas e iniciándose tratamiento con Vitamina B1 (Benerva) como tratamiento de probabilidad (empírico). Por lo que, el SIP concluye que no se aprecia retraso en el tratamiento.

A ello se ha de añadir, que de acuerdo con la Jurisprudencia y Doctrina expuesta no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado. En el supuesto analizado se ha llegado a acreditar que a la paciente se le practicó un seguimiento médico exhaustivo en atención a sus distintas dolencias manifestadas en el corto plazo que estuvo ingresada en el centro hospitalario, asistencia clínica que le fue prestada según los medios conocidos y disponibles en el ámbito médico, por lo que en virtud de la documental obrante el expediente se considera que se actuó conforme al protocolo médico establecido, como así se ha demostrado fehacientemente, y sin que tal afirmación haya quedado desvirtuada por el informe de valoración pericial aportado por la reclamante, por cuanto en el mismo se realizan una serie de valoraciones subjetivas, que no llegan a explicar, ni a justificar adecuadamente, la

relación de causalidad entre las secuelas padecidas por la reclamante y la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

4. En definitiva, la reclamante durante el tiempo que estuvo ingresada en el Servicio de Urgencias del HUC, así como durante su asistencia por el Servicio de Medicina Interna, recibió la asistencia médica precisa según los síntomas de su enfermedad. Una vez alcanzada la estabilidad de la paciente, se continuó realizándole las pruebas médicas precisas hasta alcanzar un diagnóstico certero. Todo ello, consta en el registro informático, en la historia clínica y en los registros de cuidados de enfermería, entre otros, sin que por el contrario se haya llegado a probar por parte de la afectada que la asistencia médica recibida por los distintos servicios y especialidades hubiese funcionado en contra de la *lex artis ad hoc*.

En el supuesto planteado, pues, se considera que la Administración Sanitaria ha acreditado haber actuado conforme al criterio de la *lex artis ad hoc*, determinándose la normalidad de los actos médicos, habiendo cumplido con el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida de acuerdo con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria. Por lo que no existiendo nexo causal que atribuya responsabilidad al SCS por los hechos alegados por la reclamante, de acuerdo con la Propuesta de Resolución, la reclamación debe ser desestimada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por la interesada, se considera conforme a Derecho.