

D I C T A M E N 2 5 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de enero de 2024.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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 (...), actuando en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 589/2023 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera 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 9 de septiembre de 2022 por la representación de (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada a (...) por el Servicio Canario de la Salud.

2. Se reclama una indemnización superior a los 6.000 euros, 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 con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 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

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

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.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado 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).

Tampoco obsta un pronunciamiento que se esté tramitando ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 3 de Las Palmas de Gran Canaria como Procedimiento Ordinario 91/2023, en el que se solicita la remisión del expediente administrativo con fecha 27 de abril de 2023.

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 la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que obstan la emisión de parecer de este Consejo sobre el fondo de la presente reclamación.

II

1. La sucesión de hechos, según la reclamante, son los que siguen:

El día 5/11/2021 el Sr. (...), acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín aquejado de mala respiración que le impedía incluso dormir tumbado. En la exploración recibida y analítica previas al paciente se le diagnostica disnea multifactorial y anemia, se da el alta para seguimiento por médico de cabecera.

El día 29/11/21, el paciente empeora de la disnea y acude de nuevo a urgencias del Hospital, donde es diagnosticado de ICC descompensada, sobrecarga hídrica y anemia. Después de varias horas suministrándole oxígeno y hacerle varios estudios analíticos y en ausencia de ecocardiograma, la doctora de turno decide en principio darle el alta y que siga con diuréticos, pero al comprobar que el paciente, según su familiar no tiene muy buena saturación decide tramitar su ingreso en medicina interna.

El día 30/11/21, el doctor que entra de turno decide hacerle una prueba TC de tórax para descartar afecciones mayores como tromboembolismo pulmonar. El paciente advierte y se muestra reticente a la prueba en ese momento, aun así se realiza la prueba y el paciente entra en parada cardíaca, siendo trasladado a la unidad de críticos donde logran recuperarlo pero quedando su estado de salud innecesariamente empeorado. De allí es trasladado a la unidad de medicina intensiva, donde después de un mes y medio, y con las complicaciones de un ingreso en UMI, el paciente fallece.

Es por ello, que se considera que hubo mala praxis al realizar la TC de tórax sin las medidas que un paciente en ese estado requería, que era la intubación previa para asegurar en todo momento la oxigenación o esperar a su estabilización en planta para realizar la prueba, así se lo explicaron los facultativos en su momento.

2. Admitida la reclamación, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) informa lo que sigue:

«- Paciente hombre con fecha de nacimiento 08.01.52, pensionista no contributivo, con antecedentes de: diabetes mellitus tipo II con complicaciones metadiabéticas e insuficiencia renal C3, hipertensión arterial, obesidad. Cardiopatía isquémica por enfermedad multivascular portador de stent. Síndrome de Charcot en miembro inferior derecho con amputación transmetatarsiana. Anemia hipocrómica microcítica con patrón inflamatorio sugestivo de proceso crónico (2018). Enfermedad ateromatosa diseminada. Síndrome de Isquemia Crónica grado IIB de miembro inferior izquierdo por obstrucción femoro-poplítea. Insuficiencia cardíaca (IC) descompensada (junio 2019), entre otros.

Desde diciembre de 2020 presenta: Disnea NYHA II. Esto es, siguiendo la clasificación funcional de pacientes con insuficiencia cardíaca se corresponde con: La actividad física habitual causa disnea, fatiga o palpitaciones, no apareciendo dichos síntomas en reposo.

El paciente en Octubre de 2020 consta en la Historia clínica de Atención primaria: “ (...) Acude a consulta su compañera sentimental, (...) Solicita orientación acerca del acceso a

prestaciones y servicios del Sistema de Protección Social, así como de provisión de cuidados del sistema formal (...) ”.

- El 5 de noviembre de 2021, acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN por presentar: *Disnea multifactorial. Insuficiencia cardíaca congestiva. (ICC). Dolor torácico no típico. Se realizan pruebas diagnósticas, se pauta tratamiento y se procede al alta domiciliaria.*

- Por el Servicio de Hematología se emitió informe en la fecha 22.11.21.

- El 29.11.21: 21:00 h, acude el paciente al Servicio de urgencias del HUGCDN: “ (...) Varón de 69 años que acude por empeoramiento de su disnea basal hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con empeoramiento progresivo en el último mes. Refiere que hoy comenzó con disnea y no se recuperó por lo que vino a urgencias. Duerme sentado, presenta edemas en mmii con linfedema en MID. Leve disconfort torácico, no irradiado ni asociado a cortejo vegetativo. En tratamiento con furosemida 40 mg 1-1-0. Sin otra clínica (...) ”.

A su llegada, en triaje: Frecuencia respiratoria: 28/min. Tensión arterial 141/80.

Frecuencia cardíaca: 71 lat/min. FiO2: 35. Saturación de O2: 97% con oxígeno suplementario.

A la exploración: Consciente y orientado. Taquipneico con tiraje abdominal, Saturación O2 97% con VMK al 35% (8l/min) -Máscara tipo Venturi (Ventimask): proporciona una FiO2 constante independiente del patrón ventilatorio del paciente, con buena fiabilidad-. Auscultación cardíaco-pulmonar: RscsRs sin soplos. MVC hipofonesis generalizada. Abdomen globuloso, no doloroso a la palpación. Edemas en miembros inferiores hasta raíz de muslos con linfedema crónico en miembro inferior derecho. Diagnóstico de Sospecha: Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) descompensada.

Se practica radiografía de tórax y analíticas, PCR sars-cov-2. EKG.

- Permanece con estabilidad hemodinámica y a la 01:31 h se registra: Frecuencia respiratoria: 28 resp/min. Tensión arterial 140/85. Frecuencia cardíaca: 75 lat/min. FiO2: 24. Saturación de O2: 97% con oxígeno suplementario 3 l/min.

01:57 h ya del 30.11.21, en reevaluación del paciente, encontrándose eupneico (respira normal) con 96% de saturación de O2 con gafas nasales a 3l/min, al incorporarse, sentarse en la camilla y retirar el oxígeno sufre desaturación y taquipnea (frecuencia respiratoria elevada) por lo que se cursa solicitud de ingreso en Medicina Interna por ICC e hiperpotasemia leve.

- La disnea se define como una sensación subjetiva de dificultad para respirar. La disnea puede ser aguda o crónica, según el tiempo de evolución. En la práctica de Urgencias, tanto la disnea aguda como la agudización de la disnea crónica son las formas de presentación más frecuentes. Hay que tener en cuenta que la disnea es una manifestación de muy diversas enfermedades (pulmonares, cardíacas, metabólicas, psicógenas, etc.), aunque en el 66 % de

los casos tendrá un origen cardíaco o pulmonar. Epidemiológicamente, los diagnósticos más habituales en pacientes con disnea en Urgencias son insuficiencia cardíaca descompensada, neumonía, EPOC, TEP y asma.

Insuficiencia cardíaca crónica descompensada: Es aquella IC de largo tiempo de evolución, cuyos síntomas o signos han progresado en menos de un mes. Puede presentarse de forma aguda o crónica y puede requerir ingreso hospitalario, teniendo todo ello implicaciones pronósticas para el paciente.

- En nueva valoración por facultativo, en paciente con Dímero D positivo, agravamiento de disnea con saturación a 90% con gafas nasales 3 l/min, sin inestabilidad hemodinámica, dada la ausencia de fiebre, leucocitosis y semiología de infección respiratoria, con aumento de diámetro del miembro inferior derecho, con probabilidad de presentar tromboembolismo pulmonar (TEP), se cursa petición de angio TAC alrededor de las 13:30 h del día 30.11.21 por sospecha de TEP vs ICC. No existía contraindicación para la misma.

La angiografía pulmonar con TAC es actualmente el método de elección para visualizar el árbol vascular pulmonar y descartar tromboembolismo pulmonar.

- 15:18 h, se registra por enfermería estabilidad hemodinámica: Tensión arterial 145/62. Frecuencia cardíaca: 64 lat/min. FiO2: 24. Saturación de O2: 98% con oxígeno suplementario 3 l/min.

16:51 h, se registra por enfermería: hemodinámicamente estable, pulso rítmico, respiración espontánea, patrón respiratorio normal, eupneico, sin tiraje con oxigenoterapia.

- Alrededor de las 17:00 h acude el paciente en camilla a sala de Radiología para realización de angio-TAC de tórax portando oxigenoterapia con gafas nasales a 5 litros/min, disneico pero estable. Suscribe documento de consentimiento informado para realizar la prueba radiológica con contraste.

Refiere el personal técnico que: " (...) al colocarlo en decúbito supino aumenta la disnea, por lo que aumentó flujo de oxígeno a 6l. Se realiza TAC y se administra contraste según protocolo sin incidencias. El paciente abandona el servicio estable. El celador encargado del traslado refiere aumento de la disnea durante el trayecto por lo que es llevado directamente a críticos. (...) ".

- A su llegada a la Unidad de críticos con disminución de la consciencia y bradicardia se procede a intubación sin embargo empieza a desaturar, se extrae tubo, se ventila de forma manual, y posteriormente se realiza nueva IOT y se conecta a ventilación mecánica.

Sufre ahora una parada cardiorrespiratoria (PCR) en asistolia iniciando maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada. En un momento, presentó fibrilación ventricular y se desfibriló, volviendo a quedar en asistolia. Recibió un total de 7 ampollas de adrenalina y,

finalmente pasa a ritmo sinusal a 97 lpm, eje normal, PR limítrofe, QRS estrecho, T negativa en aVL, con descenso de 1 mm del ST solo en I. Tiempo de PCR: entre 25 y 30 min.

- El angioTAC descartó la presencia de TEP y muestra signos de insuficiencia cardiaca congestiva.

En valoración por cardiología y ecocardiograma transtorácico no difiere sustancialmente del ecocardiograma realizado en abril de 2021: " (...) Buena función biventricular, sin segmentariedad. HVI ligera. AI dilatada. IM ligera. No se visualizan otras valvulopatías. No derrame pericárdico. VCI dilatada 23mm con escaso colapso inspiratorio. Abundantes líneas B (...) ”.

La evolución es desfavorable, a pesar de cuántas medidas se adoptan, persiste inestable, se realiza traqueostomía el 15.12.21. El 12.01.22 de madrugada nuevos episodios de parada cardiorespiratoria por lo que precisa desfibrilación y se produce exitus en la fecha 14 de enero de 2022 a las 00:50 h.

La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las principales causas de morbilidad en los países occidentales. Esta alta prevalencia explica que la IC genere la mayor parte de las consultas por disnea en los servicios de urgencias, bien como IC de reciente aparición, bien como descompensación aguda de pacientes con IC crónica, como en este caso. La gravedad de la descompensación puede ser variable, desde un empeoramiento de la disnea de esfuerzo hasta una situación de edema agudo de pulmón o shock cardiogénico.

CONCLUSIONES

1.- La prueba diagnóstica solicitada en la fecha 30.11.21 consistente en angioTAC era adecuada a la situación clínica del paciente a fin de descartar la presencia de TEP.

2.- La intubación consiste en insertar una sonda en las vías respiratorias y poder conectarlo a un ventilador mecánico. En ningún caso existió condiciones para la intubación orotraqueal con carácter previo a la práctica de la prueba diagnóstica solicitada, tales como: Apnea o parada cardiorrespiratoria. Trabajo respiratorio excesivo (Frecuencia respiratoria > 30 rpm, bradipnea, tiraje (...)). Disminución del nivel de consciencia (escala del coma de Glasgow < 8). Insuficiencia respiratoria grave, shock, (...)

3.- El paciente se encontraba estable hemodinámicamente, no existía justificación para demorar ante la sospecha de TEP la práctica de dicha prueba de imagen.

4.- La circunstancia del agravamiento que ocurre tras la realización del TAC, durante el traslado en camilla por el celador desde la sala de Rayos hasta el Servicio de urgencias lo entendemos como un hecho evolutivo en el cuadro que presentaba el paciente sin relación con la práctica de la prueba diagnóstica.

5.- Se emite informe desfavorable.

6.- No obstante lo anterior, comoquiera que se encuentra en procedimiento Contencioso- administrativo si no se consideraran los aspectos mencionados en nuestro informe, realizamos valoración de cuantía indemnizatoria, conforme a la Ley 35/2015 de 22 de septiembre de Reforma del Sistema para Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidente de Circulación, y su cuantías para el año 2022.

Indemnizaciones por causa de muerte.

Tabla1.A Perjuicio personal básico.

Hermana > 30 años: 16.455,15 €».

3. Mediante Resolución 279/2023 de 22 de mayo, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se acuerda la remisión al Juzgado de lo Contencioso n.º 3 del expediente administrativo al haberse interpuesto recurso contencioso contra la desestimación presunta de la reclamación.

4. En período probatorio, se acuerda incorporar la documental aportada por la reclamante. Asimismo se incorpora la documental propuesta por la Administración con el resultado que obra en las actuaciones.

5. Ultimada la instrucción del procedimiento, se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada que no formula alegaciones dentro del plazo conferido.

6. A juicio del órgano instructor en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

7. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la representación de (...) por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- requisito esencial 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).

Teniendo en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Supremo, su Sentencia de 28 de marzo de 2007 afirma 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, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que considera que hubo mala praxis al realizar la TC de tórax sin las medidas que el paciente en ese estado requería, que era -a su entender- la intubación previa para asegurar en todo momento la oxigenación o esperar a su estabilización en planta para realizar la prueba, así se lo explicaron los facultativos en su momento.

Sin embargo, sin la constatación de que esos daños fueron consecuencia de la infracción de la *lex artis* 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 del nexo causal entre los daños por los que reclama y la actividad administrativa no puede surgir responsabilidad de esta.

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta todas las alegaciones de la reclamante.

Así, en atención a la situación clínica del paciente, era preciso la realización del AngioTac debido a la necesidad de confirmar o descartar la existencia de tromboembolismo pulmonar. Por tanto, como señala el informe del SIP, la prueba diagnóstica solicitada en la fecha 30.11.21 consistente en AngioTac era adecuada a la situación clínica del paciente a fin de descartar la presencia de TEP.

Por su parte, ante la posibilidad de que, como afirma la reclamante, era preciso intubar al paciente para proceder a la realización de la prueba, el informe del Servicio de Urgencias señala que previa a la realización del TC la situación respiratoria era estable (saturación de oxígeno a 98 % con aporte de oxígeno a un flujo de 3 litros/minuto y al 28 %), así como también era estable desde el punto de vista hemodinámico (Tensión arterial 145/89, frecuencia cardíaca 64 por minuto), concluyendo que no estaba indicada la intubación previa a la realización de la prueba. El paciente se encontraba estable hemodinámicamente, por lo que no existía justificación para demorar ante la sospecha de TEP la práctica de dicha prueba de imagen.

En consecuencia, en el caso que nos ocupa, este Consejo aprecia, de acuerdo con lo obrante en el expediente, que la prueba diagnóstica estaba indicada para confirmar o descartar la sospecha de tromboembolismo pulmonar, no dándose las condiciones para que el paciente requiriese una intubación orotraqueal con carácter previo a la realización de la prueba, encontrándose estable desde el punto de vista hemodinámico.

Por lo demás, la reclamante no aporta elemento probatorio alguno que permita afirmar que se ha producido una mala praxis.

Como afirma el informe del SIP la circunstancia del agravamiento que ocurre tras la realización del TAC, durante el traslado en camilla por el celador desde la sala de

Rayos hasta el Servicio de urgencias es un hecho evolutivo en el cuadro que presentaba el paciente sin relación con la práctica de la prueba diagnóstica.

En definitiva, no se aprecia la existencia de vulneración de la *lex artis* en la realización de la prueba ni nexo causal entre la realización de la misma y el desenlace posterior.

3. De todo lo anterior se desprende que la reclamante no ha probado lo que alega, mientras que de los informes y documentación obrante en el expediente se desprende que se le atendió adecuadamente, realizándosele todas las pruebas necesarias de acuerdo con la sintomatología presentada y con la evidencia científica disponible, por lo que se ha respetado la *lex artis*, descartándose una inadecuada asistencia, de lo que se desprende que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.