



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 3 9 / 2 0 0 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 16 de junio de 2008.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.J.S.P. en nombre y representación de E.D.A., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario. Alta prematura (EXP. 246/2008 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma. La solicitud de Dictamen, de 5 de mayo de 2008, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 23 de mayo de 2008. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de E.D.A., actuando por medio de J.J.S.P., por haber sufrido daños en su esfera moral y patrimonial, como consecuencia del fallecimiento

* **PONENTE:** Sr. Fajardo Spínola.

de su esposo, G.S.P., tras la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

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

3. El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

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

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues el escrito de reclamación se presentó ante la Administración el 22 de noviembre de 2002, y el hecho que se alega que genera el daño por el que se reclama se produjo el 11 de diciembre de 2001. Ha de señalarse que el escrito de reclamación se presentó ante el Gobierno de Canarias y ante el Cabildo de Tenerife en la fecha antes indicada, remitiéndose por aquéllos a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud del 25 de noviembre de 2002 (con fecha de registro de entrada en ésta de 26 de noviembre de 2002).

III

El hecho objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, por la siguiente secuencia de acontecimientos, según los términos de la reclamación:

G.S.P., esposo de la reclamante, ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias a las 14:49 horas del día 9 de diciembre de 2001, con un cuadro de vómitos oscuros intensos, anorexia de varios días de evolución, habiendo sufrido meses atrás la amputación de un dedo del pie derecho, y con una posible infección, tal y como se desprende de la documentación de dicho Servicio de Urgencias.

A pesar de lo expuesto, y de que el paciente dijo encontrarse mal, es dado de alta a las 21 horas de ese mismo día, es decir, tras unas seis horas en el Centro hospitalario, constando en el alta como razón: "Porque no parece necesaria su permanencia en este Centro".

Tras permanecer toda la noche y parte del día siguiente vomitando, es decir, del día 10 de diciembre, y, dado el empeoramiento de su estado de salud a lo largo del día, el paciente es trasladado nuevamente al Hospital Universitario de Canarias, siendo ingresado otra vez en el Servicio de Urgencias, a las 22:04 horas, y refiriendo todavía vómitos oscuros.

El paciente fallece a las 01:00 horas de la madrugada del día 11 de diciembre de 2001, es decir, a las tres horas de su nuevo ingreso.

De todo lo expuesto, entiende la reclamante que se ha sufrido un perjuicio derivado de la actuación del Servicio Canario de la Salud dado que *"Es evidente la concurrencia de negligencia en el personal médico que se encontraba en el Servicio de Urgencias del Centro hospitalario, al no haber ingresado al paciente y dejarlo en observación, dándole un alta del todo prematura, y sin justificación adecuada, dado el cuadro clínico que presentaba, pudiendo haber permanecido el paciente en el hospital, y, de ese modo, haberle cortado los vómitos que tuvo a lo largo de la madrugada y del día siguiente, evitando así, posiblemente, su fallecimiento, al haber podido ser objeto de una asistencia cualificada a lo largo de las horas en las que no la tuvo, debido, precisamente, a lo prematura de su alta médica"*.

"(...) La omisión negligente del médico de guardia se ha centrado en la falta de adopción de medidas o precauciones tendentes a evitar el acaecimiento de futuras complicaciones tras el cuadro clínico que presentaba el paciente, procediendo a conceder un alta médica precipitada e incluso temerosa, pudiendo haber permanecido ingresado en observación, siendo atendido con diligencia y premura en el propio centro médico, de no haberse procedido a la concesión precipitada de la referida alta médica".

"(...) Es evidente que el fallecimiento no puede calificarse de accidental, ante la evaluación y el estado del paciente en horas previas a su alta médica, por cuanto resulta evidente la ineficacia o deficiente aplicación de la vigilancia que se debería haber adoptado (...)".

Se aporta, junto con el escrito de reclamación, además del poder de representación de J.L.S.P., documentación procedente del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias de los dos ingresos del paciente, así como informe de alta del mismo el día 9 de diciembre de 2001. Asimismo, se aporta copia del certificado de defunción, en el que consta E.D.A. como esposa del fallecido.

La interesada reclama indemnización que cuantifica en 300.506 euros por los daños patrimoniales y morales, consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida por su esposo, que, según se alega, determinó o influyó en su fallecimiento. Se justifica la cantidad anterior *“en atención a la edad del fallecido, la situación de inactividad laboral de su viuda, así como la de sus hijos, quedado por ello la familia del fallecido en una situación de extrema precariedad”*. Si bien, a lo largo del procedimiento, se constata que no existen hijos en el matrimonio habido entre la reclamante y el fallecido.

IV

1. ¹

2. Por otra parte, en este procedimiento el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común).

V

1. ²

2. Pues bien, ha de señalarse que, por un lado, el informe del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia es incompleto, pues no incorpora los resultados de las pruebas testificales, mas, en cualquier caso ello no obsta para resolver adecuadamente el procedimiento, pues, en todo caso, esta información obra en el mismo. Así, es de destacar la información resultante de la testifical practicada al Dr. I.C.M.M., de la que se deriva la correcta actuación del servicio médico en función de los síntomas que presentaba el paciente, no sólo desde el punto de vista de las pruebas, sino también del tratamiento, en cuanto al ingreso de 9 de diciembre de 2001 por Urgencias. *“(...) En ningún momento se objetivó que tuviera vómitos oscuros ni fiebre, sí se objetivó estreñimiento, de hecho, se le practicó un lavado*

¹ Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

² Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

gástrico siendo el contenido gástrico líquido claro, y durante toda la estancia en el Servicio no presentó fiebre, si bien sí se objetivó estreñimiento mediante la práctica de un tacto rectal descartándose hemorragia digestiva, se le administró la medicación según protocolo habitual, suero terapia, anti- H-2, anti-heméticos y enemas de limpieza, y la insulina-terapia correspondiente según las glucemias determinadas en el Servicio. Asimismo, se le probó tolerancia líquida, no vomitando el paciente y se corroboró la eficacia del edema, ya que el paciente realizó abundantes deposiciones, decidiéndose por ello el alta médica.

- ¿Le fue examinado el pie derecho?

Respuesta: En el momento de la exploración el dedo estaba eritematoso, tal como suele ser habitual en estos pacientes afectos de vasculopatía crónica y con lesiones crónicas en las extremidades típicas de los enfermos diabéticos.

En el momento que observamos al paciente no hay signos que sugirieran que la inflamación del dedo fuera la que estuviera originando la clínica del paciente. Y para quien no está acostumbrado a este tipo de pacientes el tener un eritema o una inflamación es interpretado como un signo de infección grave, cuando realmente no lo es.

Se le realiza una analítica general, al objeto de comprobar enfermedades concomitantes, siendo ésta absolutamente normal, en el momento que se le practicó. Así como los estudios radiológicos que se le practicaron. Hacemos constar que las pruebas complementarias se solicitan de acuerdo con la sospecha diagnóstica tras la exploración física del paciente.

- Para que se diga si tanto al momento del ingreso como al del alta en el Servicio de Urgencias el día 9 de diciembre del año 2001 de J.J.S.P., estaba descompensado de la Diabetes Mellitas.

Respuesta: No estaba descompensando, y los estudios no sugirieron ningún dato para sospechar que se estaba descompensando.

Para que manifieste si bien la exploración a las analíticas o demás pruebas que se practicaron, arrojaron un resultado de existencia de posible infección durante el período en que permaneció ingresado en el Servicio de Urgencias, el día 9 de diciembre de 2001.

No, se descartó la posibilidad de infección, dado que los signos vitales del paciente en ningún momento mostraron ningún dato anormal.

Si otorgó a los familiares de J.J.S.P., la oportuna información, tanto durante su estancia en el Servicio de Urgencias como al momento del alta, y si además se le informó que ante cualquier eventualidad en su estado, accedieran nuevamente a Urgencias.

Respuesta: Sí, no sólo con uno de los familiares, sino con varios de los que acompañaban al paciente, con corrección y amabilidad, facilitándoles incluso una ambulancia para su traslado a su domicilio.

- Para que diga si el paciente pudo sufrir una descompensación de su diabetes durante el período de 24 horas en que la familia refiere que estuvo vomitando desde el alta en el Servicio de Urgencias hasta las 22 horas del día 10 de diciembre en que volvió a acudir, y si el no haberlo traído en ese periodo bajo esos síntomas pudo haber influido en el fatal desenlace.

Respuesta: Sí, se pudo descompensar dado que un enfermo diabético que vomita continuamente, pierde líquido, electrolitos, y hace un cuadro de cetoacidosis, que puede complicar cualquier enfermedad leve que cualquier paciente diabético tenga, y en el caso del paciente que hablamos, pudo haber ocasionado el paso de contenido de los vómitos a la vía aérea y realizar una infección broncopulmonar secundaria (Neumonía espirativa), que junto a la cetoacidosis ocasionó el fallecimiento del paciente.

- Si al momento del alta había algún signo que indicara la permanencia de J.J.S.P. en el hospital.

Respuesta: En el momento del alta el paciente se encontraba estable, sin síntoma alguno que justificase su permanencia en el Servicio; de hecho, había tolerado los líquidos administrados, había hecho deposiciones, no tenía fiebre, ni presentaba ningún signo que justificara su permanencia”.

3. Así, se detrae del expediente que:

A. Durante el ingreso del paciente, y a pesar de los síntomas que refería la familia tener el paciente, no se objetivaron los alegados.

B. Se trató adecuadamente de los síntomas que se objetivaron, el estreñimiento, por otra parte, habitual, del paciente.

C. Se realizaron las pruebas adecuadas, radiología y analítica, entre otras, siendo los valores los propios de un diabético, como era el paciente, sin que se

mostrarán indicios de infección, lo cual, por otra parte, ya se advierte en la testifical, acerca de la amputación, no se verifica.

D. Según consta en el informe emitido por el Coordinador de Urgencias del HUC, el 13 de agosto de 2004, las causas del fallecimiento (sepsis respiratoria e insuficiencia renal aguda secundaria) no parece que se pudieran prever y/o evitar a la vista de los informes clínicos.

E. Finalmente, ha de destacarse que se indicó a la familia que si el paciente empeoraba o continuaba mal volviera a Urgencias, lo que, en cualquier caso, es obvio, mas, la familia no lo llevó de nuevo hasta transcurridas más de 24 horas desde el alta, a pesar de afirmar que durante todo ese tiempo estuvo con fiebre y vómitos (desde las 21:00 horas del día 9 de diciembre de 2001, en que fue al alta, hasta las 22:04 horas del 10 de diciembre de 2001, en que volvió a ingresar por urgencias).

Por todo lo expuesto, consideramos que no se infiere responsabilidad por parte de la Administración, pues, a pesar de la proximidad temporal entre el fallecimiento del paciente y la asistencia sanitaria, no ha quedado probada la relación causal entre ambos, acreditándose que la asistencia prestada por el Servicio Canario de la Salud respondió en cada momento a los síntomas que manifestaba el paciente, que fueron tratados adecuadamente conforme se presentaron, sin que pudiera preverse ni evitarse su fallecimiento.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.