



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 7 0 / 2 0 1 2

(Sección 1ª)

La Laguna, a 28 de marzo de 2012.

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 I.C.C., en nombre y representación de los herederos de C.G.Q., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 98/2012 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 8 de febrero de 2012, la Consejera de Sanidad interesa preceptivamente de este Organismo, al amparo de los arts. 12.3, 11.1.D.e) y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo (LCCC), en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), Dictamen por el procedimiento ordinario sobre la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado por reclamación de indemnización, presentada por los hijos y herederos de C.G.Q., en relación con el fallecimiento de ésta a consecuencia de un error de diagnóstico que se alega producido en la asistencia prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS) a la afectada.

2. La citada Propuesta de Resolución cierra un procedimiento que ha sido tramitado en aplicación de lo dispuesto en su normativa reguladora, contenida en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) y citado RPAPRP.

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

Así, se ha iniciado con la presentación del escrito de reclamación mediante representante, habiéndose otorgado representación bastante al efecto por las personas habilitadas como herederos legales de la fallecida (arts. 31.1 y 32.1 LRJAP-PAC y arts. 4.2 y 6.1 RPAPRP), según consta en las actuaciones.

Por otro lado, se reclama dentro del plazo previsto jurídicamente, sin haber vencido el que sobre la prescripción de la acción para reclamar se contempla legalmente. Así, aunque la muerte de la paciente ocurrió el 15 de diciembre de 2003, se incoaron Diligencias Previas por los hechos por el Juzgado de Instrucción nº 3, de los de San Bartolomé de Tirajana, acordándose por Auto de 18 de junio de 2004 su sobreseimiento provisional y archivo, el cual fue recurrido en apelación, desestimándose el recurso por la Audiencia Provincial mediante Auto de 7 de abril de 2005, de manera que la reclamación efectuada el 31 de marzo de 2006 no ha prescrito.

También se efectúan las actuaciones de instrucción, tras acordarse la admisión de la reclamación, que no determina sin embargo el inicio del procedimiento, según se indicó. Así, se abrió período probatorio, con proposición de prueba, testifical o documental y pericial, si bien los interesados finalmente no aportaron la pericia médica anunciada, y se efectuó la vista y audiencia de aquellos, emitiéndose asimismo informe del Servicio Jurídico sobre el expediente, incluida Propuesta de Resolución inicial. Por el contrario, no se solicita y emite Informe del Servicio que, de acuerdo con el art. 10 RPAPRP, tiene que recabarse preceptivamente del Servicio cuyo funcionamiento ocasionare la presunta lesión indemnizable.

Esta deficiencia formal que supone el incumplimiento de la correspondiente obligación tiene su consecuencia material en relación con los deberes de instrucción (art. 78.1 LRAJP-PAC), no pudiendo ser sustituido el antedicho informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), sin perjuicio de que éste pueda ser también recabado a los efectos oportunos (arts. 82.1 LRJAP-PAC y 10.1 RPAPRP). Y tampoco puede obviarse arguyendo que se dispone de declaraciones testificales de los facultativos citados como testigos en las Diligencias Previas o en el propio procedimiento tramitado, aunque puedan y hasta deban ser tenidas en cuenta para resolver. En definitiva, esta omisión incide en la pertinencia de la fundamentación de la Propuesta de Resolución formulada y, además, en el adecuado análisis del asunto por Organismo para pronunciarse debidamente sobre los extremos señalados en el art. 12.2 RPAPRP. En este sentido, es de advertir que, precisamente, en la petición

de este informe han de concretarse los extremos sobre los que se solicita (art. 82.2 LRJAP-PAC).

En todo caso, compete al Director del SCS la resolución de la reclamación presentada, de acuerdo con el art. 142.2 LRJAP-PAC puesto en relación con el apartado 1.n) del art. 60 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC), correspondiendo la instrucción del procedimiento a la Secretaría General de dicho Servicio.

II

Según el escrito de reclamación, el día 11 de diciembre de 2003, sobre las 18 horas, C.G.Q. acudió al Centro de Salud de Maspalomas para que fuera atendida por su médico de cabecera, la facultativa M.O.B.R., siendo el motivo de la consulta que expulsaba sangre por la boca. Sin embargo, fue atendida por la facultativo M.N.M., quien, tras examinarla, la envió con carácter urgente al especialista de Neumología del Centro de Especialidades de Vecindario.

Por consiguiente, con el parte de interconsulta correspondiente, al día siguiente la paciente, acompañada de su hija F.S.G., acudió al mencionado especialista, A.P.A. Este facultativo, en lugar de reconocerla, se limitó a estudiar una radiografía suya de 4 de diciembre de 2003 y, sin siquiera auscultarla, consideró que no estaba enferma y la remitió a su domicilio. Además, en el parte de interconsulta antedicho puso una nota para la médico de cabecera según la cual la paciente debió ser enviada al Servicio de Urgencias, del que no se dispone en el Centro de Especialidades.

Y, en efecto, a las 02:00 horas día 13 de diciembre la paciente ha de presentarse con su hija en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Maspalomas porque volvía a expulsar sangre por la boca, practicándole la facultativo que la atendió, A.Z.G.G., un electrocardiograma y recogiendo también muestra de sangre en un recipiente para su análisis posterior, quedando la paciente en observación.

La misma facultativo le preguntó a las 05:00 horas si tenía algo en la garganta y, al contestarle que no, aquella dejó el Servicio sin más, no informando a la paciente o acompañante del origen de la dolencia y su posible tratamiento.

Una hora más tarde una hermana de la paciente, T.S.G., reclamó la asistencia de un médico al continuar aquella expulsando sangre por la boca, atendiéndola el facultativo J.M.M.H., quien, pese a ser informado del problema, no la reconoció ni efectuó prueba alguna para determinar el origen de la hemorragia.

A las 08:00 horas del 13 de diciembre se da el alta a la paciente con informe clínico, al que se adjuntaba el electrocardiograma practicado, en el que no consta conclusión diagnóstica y no se identifica el médico que lo produce, aunque esta firmado.

A las 01:40 horas del día siguiente, menos de 20 horas más tarde, C.G.Q. fallece en su domicilio tras sufrir de una hemorragia masiva, sin que sus familiares pudieran hacer nada por auxiliarla.

Posteriormente, fue trasladada al Instituto Anatómico Forense de Las Palmas de Gran Canaria para práctica de autopsia, que determinó que la causa directa de muerte fue un shock hipovolémico debido a una hemorragia digestiva masiva.

III

1. Según la Administración, en ningún momento se acredita en la asistencia prestada a la paciente imprudencia o negligencia profesional a la que se pueda imputar su fallecimiento. Así, no expulsaba sangre en abundancia como manifestaron las denunciante, siendo atendida en todo momento adecuadamente y, en particular, una vez se la estabilizó y ya no expulsó sangre, se le dio el alta. Por lo demás, aunque las hijas de la paciente refieren que el motivo de la consulta realizada del día 11 de diciembre de 2003 fue que su madre expulsaba sangre por la boca, en las Diligencias Previa incoadas la médico de cabecera declaró que atendió a la paciente por un cuadro de insuficiencia respiratoria, no observando que expulsara sangre y que lo único que le dijo aquella fue que, al toser, expulsaba un poco en ocasiones, mientras que el neumólogo al que fue remitida confirmó que la interconsulta fue por dificultad respiratoria.

En cuanto al forense, señala que, según informe médico de 13 de diciembre de 2003, el motivo de las consultas fue hemoptisis de dos o tres días de evolución, de modo que, en base a este diagnóstico, la paciente fue tratada correctamente al respecto, suministrándosele oxígeno, tomándosele la tensión arterial, que era normal, tratándose de cuantificar sangre expectorada y dejándosele en observación.

Con base en los datos disponibles, pues, el informe del SIP señala que a la paciente se le trató sin duda en su visita inicial de insuficiencia respiratoria, pero sin referir sangrado. En esta línea, la consulta del 13 de diciembre es por hemoptisis en escasa cuantía con evolución de 2 semanas, mejorando la situación general en la estancia en el Servicio de Urgencias. No obstante, se señala que, entre la medicación tomada por la paciente, figura el Zamene, que es un corticoide con propiedades

antiinflamatorias y antialérgicas pero que generar daño en mucosa gástrica e intestinal en personas sensibles y, por tanto, predisponer a sangrados digestivos.

Por todo ello, se afirma que los facultativos realizaron el diagnóstico adecuado a los síntomas y circunstancias que presentaba la paciente, siendo dada de alta por su buena evolución, dados sus antecedentes: neumopatía crónica intersticial por secuelas de TSC, EPOC, con episodios de insuficiencia respiratoria recidivantes y sobre infecciones respiratorias de repetición.

En cuanto a la conclusión del forense de que la paciente falleció a resultas de una hemorragia digestiva, el SIP, mantiene que, a la luz de lo actuado, y pudiendo aquella aparecer bruscamente, se produjo en efecto después de ser atendida el día 13 de diciembre, siendo ocasionada por los diversos factores predisponentes de la paciente, como la insuficiencia respiratoria, la situación estresante de esos momentos, que incrementa la formación de ácidos gástricos, y los efectos secundarios antes descritos de su medicación, por lo demás pertinente para su dolencia de origen.

En este orden de cosas, se advierte que el forense que determinó la causa del fallecimiento, en informe emitido en las Diligencias Previas, considera que se trataba de una paciente de tratamiento complicado por sus patologías, aunque las conociera la Administración sanitaria. En este sentido, al no presentar síntomas de shock hipovolémico evidentes, como caída de tensión arterial, confusión mental o anuria, y si aparentemente algunos propios de su dolencia de base, pudo generarse un diagnóstico erróneo sobre el origen del sangrado, que se conectó a su EPOC, y no a un problema digestivo.

No obstante, conviene observar ahora al respecto que el forense concluye que el sangrado de la paciente se debía a una hemorragia digestiva, pudiendo comenzar de modo difuso y no detectándose al ser inicialmente valorada la paciente, siendo entonces sus constantes normales, no pudiéndose esperar por eso en esos momentos el fatal desenlace. Además, sin descarta absolutamente que, como este tipo de hemorragias puede aparecer en un 60% de casos sin síntomas prodrómicos, en esta ocasión se produjera después del 13 de diciembre, considera que, con los datos disponibles, ello no es probable.

2. En definitiva, sin que los reclamantes hubieren aportado prueba de lo contrario, los informes y testimonios aportados al expediente acreditan, según el

Instructor, que los facultativos que asistieron a la paciente actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*, no siendo exigible responsabilidad alguna por el fallecimiento.

Al respecto debe tenerse en cuenta que la paciente fue atendida el 17 de mayo de 2003 de EPOC reagudizado leve, con clase funcional II de NYHA, en la que el afectado tolera la actividad habitual, pero con ligera limitación de la actividad física por disnea en esfuerzos intensos, recibiendo el alta el día 22 siguiente; lo que es congruente con el hecho de que se trataba de una paciente con padecimientos neumológicos crónicos tras sufrir tuberculosis y fibrosis pulmonar.

Por eso, contradiciendo en cierto modo la opinión del forense y tratándose de reforzar la hipótesis de hemorragia digestiva posterior a la asistencia, se afirma que la sangre expectorada por la paciente durante ésta era de origen pulmonar, provocada por un nuevo episodio de EPOC. Así, la sangre era de color rojo brillante, indicando que estaba oxigenada, mientras que la propia de una hemorragia digestiva es negra, sin que además la paciente mostrara síntomas de shock hipovolémico, siendo sus constantes normales, sin caída de tensión.

En esta línea, se recuerda que la paciente había sido estudiada en Centro privado por problemas digestivos sin apreciarse patología y los propios familiares señalaron que no manifestó que le doliera el estómago.

Por eso, en el peor de los escenarios posibles, podría admitirse error sobre la procedencia de la sangre expectorada y, por ende, del diagnóstico del problema sanitario en marcha, confundiendo hemoptisis con hemorragia digestiva, pero tal error sería razonable y excusable por las circunstancias del caso y los antecedentes de la paciente. Es más, como admite el forense, cabe sostener que ni siquiera se produjo tal error, al ser posible y, en este caso, probable que la hemorragia digestiva fuese posterior, existiendo antes hemoptisis por las características de la sangre expectorada y los síntomas de insuficiencia respiratoria.

3. Confirmando aparentemente o en principio la corrección de la asistencia prestada a la paciente y, por tanto, sirviendo para apoyar las tesis expresadas en la Propuesta de Resolución, el Auto de la Audiencia Provincial por el que se desestimó el recurso de apelación interpuesto por los interesados contra la decisión previa del correspondiente Juzgado de instrucción, acordando el sobreseimiento de las Diligencias Previa, entiende que los facultativos actuaron conforme a la práctica médica exigible. Lo que, aunque ha de tenerse en cuenta desde una estricta perspectiva penal, no puede desconocerse sin más en el ámbito administrativo.

Particularmente, el Auto estima que el diagnóstico presentaba serias dificultades por las características de la paciente, siendo la sintomatología difusa, de modo que se obstaba la emisión de un diagnóstico certero pese al empleo adecuado de los medios disponibles según a la *lex artis* a aplicar en el estado actual de la ciencia médica.

Es justamente esta última obligación, la aportación de medios apropiados al caso y debidamente utilizados, la determinante, según doctrina de este Organismo acorde con la Jurisprudencia constante al respecto, de la exigibilidad de responsabilidad administrativa en el ámbito sanitario, siéndolo si no se ha incumplido o se ha cumplimentado deficientemente por algún motivo o en determinado modo, desconociéndose o contraviniéndose la *lex artis had hoc*.

En el caso que nos ocupa, ha de determinarse si la asistencia prestada, aun cuando los facultativos intervinientes no actuasen de modo penalmente reprochable, se ajustó a la referida *lex artis* según los hechos y datos disponibles, vía informe o testimonio. Y, más concretamente y dado que la paciente falleció, sin duda alguna y admitiéndolo la Administración sanitaria, por shock hipovolémico producido por hemorragia digestiva, si existió error de diagnóstico pero éste fue razonable o asumible por las circunstancias del caso, o bien, ni siquiera existió tal error, como sostiene la Administración y asume la Propuesta de Resolución.

4. Pues bien, cabría cabe sostener en principio que la asistencia sanitaria fue adecuada con relación con el problema de salud que se supone existía al ser atendida la paciente, dados sus antecedentes, singularmente EPOC, con recidivas de insuficiencia respiratoria, y al parecer los síntomas manifestados tanto el día 11, como los días 12 y 13 de diciembre de 2003, acordes con aquellos, respondiendo por lo demás al tratamiento instaurado para subsanar la hemoptisis que se estimó sufría entonces. Por eso, pudiendo existir insuficiencia respiratoria y produciéndose expectoración de sangre, posible por esta dolencia y con determinado aspecto, se dice, parecería razonable el diagnóstico de hemoptisis y no de hemorragia digestiva.

Es más, no manifestándose esta clase de hemorragia en ese momento y sin que la paciente mostrara síntomas de padecerla o aún menos de shock hipovolémico o, a mayor abundamiento, sin que tampoco padeciera dolencia digestiva conocida, ni se quejara de dolor de estómago, cabe pensar que, pudiéndose producir este tipo de hemorragia de modo brusco y sin sintomatología siquiera prodrómica, la misma se

presentó después de ser atendida y recibir el alta al mejorar su problema respiratorio, sin haberse buscado posible solución y, desde luego, culpa del Servicio.

Sin embargo, este Organismo considera que la cuestión no puede aceptarse incuestionablemente resulta en el sentido antes expuesto y, por consiguiente, respecto a las conclusiones antes indicadas de diagnóstico erróneo pero razonable y excusable o problema no detectable en su momento e insubsanable al ocurrir en casa y dadas sus características, conduciendo ambas a la no exigencia de responsabilidad administrativa.

Consideración que se basa en una apropiada lectura e inteligencia de las declaraciones o apreciaciones, de orden técnico y relevantes al caso y sus circunstancias, tanto del forense actuante en las Diligencias Previas, al que seguramente pudo habersele solicitado informe complementario en cuanto experto que, además, conoce bien dicho caso, como de la facultativo M.N.M., que atendió inicialmente a la paciente. Problemática que, como se verá, se conecta con la ya reseñada omisión indebida del informe del Servicio a emitir pertinentemente al respecto, o bien, con la insólita consideración, justamente en relación con la debida aportación de medios exigibles, de que, acopiada sangre expectorada para su análisis, hecho que supone que se consideró pertinente éste, luego no se analizó al argüirse no tenerse medios para ello, habiéndose de entender en el Centro de Salud.

Así, ante todo el forense se pronuncia a partir de lo recogido en el informe médico emitido el 13 de diciembre. Por eso, aun concluyendo que existió hemorragia digestiva, considera correcta la asistencia prestada en días anteriores a la paciente y excusa el error de diagnóstico que entiende producido sobre el origen de la sangre y, por ende, de la dolencia que la genera, aún pudiendo incluso concurrir cierto problema respiratorio con el digestivo, pero siendo éste el causante del sangrado, habiendo empezado la hemorragia digestiva de modo difuso.

Además, aunque no es descartable teóricamente la posibilidad de que tal hemorragia sucediera posteriormente a la asistencia y al alta dada a las 08:00 horas del día 13, al ser médicamente posible por sus características descritas, no lo considera probable porque las circunstancias del caso indican que estaba en marcha al menos el día antedicho y durante el tiempo que la paciente estuvo en el Centro Sanitario antes de recibir el alta, habida cuenta sus molestias previas, no especificadas, y el carácter masivo del sangrado sufrido en la madrugada del día 14 sufrido tras acostarse, pocas horas por lo demás después de ser remitida a su domicilio.

Por otro lado, viniendo significativamente a reconocerlo por lo demás el SIP, aunque luego lo use únicamente para apoyar la no exigencia de responsabilidad administrativa por el daño producido, la hemorragia digestiva tiene como factores predisponentes la dolencia previa o básica de la paciente, EPOC, y los efectos secundarios de la medicación pautada para tratarla, generando predisposición potenciada por la situación misma de la paciente entonces que acentúa la actuación de ácidos gástricos.

Y, en este sentido precisamente, M.N.M. testifica que no es infrecuente que, en pacientes con EPOC, se produzcan hemorragias digestivas por el estrés propio de su enfermedad, acrecentado lógicamente en episodios de insuficiencia respiratoria, y por los medicamentos que se les pautan como aquí ocurre, de manera que, cuando el paciente asistido expulsa sangre, máxime se supone cuando es considerable y reiterada, ha de tenerse en cuenta a los efectos oportunos. Como quizá aquí pareció en principio hacerse al recogerse sangre para su análisis, luego no efectuado.

En este orden de cosas, es pertinente observar que en el citado informe de alta consta que el motivo de la consulta, iniciada el día 11, seguida el 13 y culminada el 13, fue hemoptisis de dos o tres días de evolución, intensificada además durante la noche, se entiende que de ese día, pero no exactamente por un problema de insuficiencia respiratoria derivada, recurrentemente por lo demás, de su EPOC, aunque ambas cosas sean conectables; circunstancia que puede haber condicionado las actuaciones, especialmente al principio, pero que podría cuestionarse tras la intervención del neumólogo.

Así, la paciente tenía ciertas molestias y expulsaba sangre, acudiendo por ello al Centro de Salud, donde, dados sus antecedentes y ciertos síntomas, se consideró que podía tener un problema respiratorio y que por ello sangraba, procediéndose en consecuencia con su remisión al neumólogo. Sin embargo, después y pese a la opinión de éste, se continuó el tratamiento por supuesta hemoptisis propia de un episodio derivado del EPOC.

En este sentido, consta la producción del sangrado, pero no de tal episodio o de insuficiencia respiratoria, quizás inexistente vista la actuación del referido especialista. En esta línea, la paciente refirió que acudía a consulta por molestia derivada de la expulsión de sangre, no por otro motivo, y, aunque el primer facultativo no lo constató in situ, esta molestia específica continuó y se acrecentó los días siguientes, hasta manchar la cama donde yació la paciente.

IV

1. Por consiguiente, procede que, subsanándose de paso el defecto formal detectado en la instrucción del procedimiento, en su parte informativa, y con retroacción de actuaciones, se solicite la emisión de tal informe y, además, otro complementario de especialista en digestivo o hemorragias digestivas sobre el caso, a emitir previa información al efecto de los facultativos intervinientes en el proceso asistencial a la fallecida, incluido en particular el neumólogo, y, si fuere posible, el forense siquiera sea a efectos aclaratorios de su opinión y conclusión sobre la causa del fallecimiento y el momento de su inicio, en los que se determinen como mínimo las siguientes cuestiones:

- Motivo exacto por el que la fallecida acudió para ser asistida al Centro de Salud el día 11 de diciembre de 2012, al alegarse que era exclusivamente por escupir sangre por la boca y constar en informe de alta del 13 siguiente existencia de hemoptisis de días de evolución, determinándose la procedencia de esta apreciación diagnóstica y, en particular, la razón por la que, sin más causa aparente que los antecedentes de la paciente, se consideró que sufría un problema de insuficiencia respiratoria y éste era el causante de tal hemoptisis.

- Motivo por el que se trató a la paciente por supuesta hemoptisis, en exclusiva, durante toda la madrugada del día 13, continuando y aún acrecentándose la expulsión de sangre, sin investigarse enseguida, incluso desde el principio de la asistencia entonces, la causa del sangrado, una vez descartada el día anterior la existencia de problema neumológico o de insuficiencia respiratoria previa actuación al efecto del neumólogo por considerar, vista radiografía de la paciente, no apreciable tal problema, debiendo ser remitida a Urgencias para tratar su sangrado; más aún, de no objetivarse recidiva de EPOC, conocido el riesgo de la paciente de poder sufrir hemorragia digestiva, pudiendo ser ésa en principio difusa y sin síntomas claros de shock.

- Procedencia de que, especialmente no confirmándose la existencia de problema respiratorio y conocido el antedicho riesgo de hemorragia digestiva, se analice la sangre expulsada, con señalamiento del tiempo necesario para obtener el resultado del análisis a realizar urgentemente en Centro apropiado próximo al Centro de Salud de Mas palomas, suponiendo admisible que éste carezca de ellos, y determinación de si la obtención del mismo en ese tiempo, habida cuenta que la hemorragia se agudizó con efecto fatal unas veinte horas después del alta, hubiera

permitido controlarla para evitar tal desenlace, o bien, al menos hubiera existido posibilidad de lograrlo con el tratamiento pertinente.

- Determinación de que, como considera el forense y apunta un facultativo, congruentemente con el riesgo al efecto de esta paciente y, eventualmente, la inexistencia de episodio de EPOC y las circunstancias del caso, el sangrado procedía de hemorragia digestiva, la cual, aun cuando teóricamente puede surgir bruscamente y por eso aparecer tras el alta, realmente comenzó de modo difuso el día 11, continuó creciendo los días 12 y 13 y se hizo masiva la madrugada del 14.

2. Producida la actuación informativa reseñada y, en su caso y de considerarlo procedente el instructor, cualquier otra que se recabe con fines instructores, habrá de darse traslado de la información obtenida a los interesados a los efectos del trámite de audiencia, con lo que ello puede conllevar, y, finalmente, se ha de formular, consecuentemente con el resultado de estos trámites, Propuesta de Resolución a remitir a este Organismo para ser dictaminada.

C O N C L U S I Ó N

No se estima debidamente fundada la Propuesta de Resolución analizada por las razones expuestas, procediendo en consecuencia retrotraer el procedimiento para efectuar los trámites de instrucción indicados, tras lo que ha de solicitarse Dictamen sobre la Propuesta de Resolución que se formule.