



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 2 0 / 2 0 1 6

(Sección 1ª)

La Laguna, a 19 de diciembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 399/2016 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado el 9 de noviembre de 2016 (RE 10 de noviembre de 2016) por el Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. De la naturaleza de la Propuesta de Resolución se deriva la legitimación 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 (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa del reclamante al pretender el resarcimiento de un daño sufrido por el fallecimiento de su padre causado por la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

Por otra parte, se cumple el requisito de la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. Se cumple igualmente el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues el escrito de reclamación se presentó el 17 de noviembre de 2011, respecto de un daño cuya determinación se produjo el 19 de noviembre de 2010, fecha en el que (...) falleció. Por tanto, se ha presentado la reclamación dentro del plazo del año establecido al efecto en el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), ley aplicable en virtud de lo que dispone la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el art. 4.2 RPAPRP.

5. 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 15.1 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.

6. 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.

II

1. Los hechos en los que el reclamante basa su pretensión, según su escrito de reclamación, son los siguientes:

«(...) Con fecha 11 de noviembre de 2010, el padre (...) acude al servicio de urgencias del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, La Gomera, por dificultad respiratoria de más de dos días de evolución, acentuándose en las últimas horas y cursando con tos seca, afebril y con dolor torácico, por lo que se decide su ingreso en la Unidad de medicina interna.

(...) se le diagnostica de insuficiencia cardíaca.

Durante todo su ingreso, el paciente estuvo aquejado de un dolor en el costado, que en sus últimos días de vida se hizo más agudo, pero al cual, por parte de los especialistas no se le dio importancia alguna, pese a la insistencia, tanto del paciente como de los familiares.

Se insistió durante días en que se le realizara alguna prueba diagnóstica, pero al paciente se le mantenía con medicación analgésica y poco más. No se investigó en ningún momento cuál era el origen del dolor.

De los informes emitidos se desprende que el paciente durante todo su ingreso que aquejaba de un dolor abdominal, que relacionaba con un dolor músculo esquelético o con el "dolor de siempre" aunque más intenso, pero ni que decir tiene que el paciente no es médico, y los especialistas basándose en esa ignorancia de una persona mayor no se molestaron en investigar el origen del dolor (...).

Desde primera hora de la noche del 17 de noviembre de 2010 la situación del paciente comienza a empeorar y a las cinco de la madrugada se queja de un fuerte dolor, incluso en las observaciones de enfermería se reconoce que tiene mal aspecto físico.

En la mañana del 18, cuando se levanta para el aseo, pierde el conocimiento. Durante todo el día y pese a la medicación no se recupera del fuerte dolor que sufría en la zona abdominal.

Estando el paciente en muy mal estado desde la madrugada del 17 de noviembre, se le lleva a urgencias en última instancia a las 00:30 horas, ya del día 19, y ello tras la continuada insistencia de los familiares.

(...) la situación del paciente se agrava (...) y se decide llevar al paciente a urgencias pasadas las doce y media de la noche, procediendo entonces a realizarle un TAC de urgencia, cuya conclusión es: "hematoma retroperitoneal izquierdo con componente de sangrado agudo y subagudo de probable origen en arteria de pequeño calibre".

(...) si se hubiera realizado el TAC desde que fue ingresado, o días después al ver que persistía el dolor, puede que el paciente aún estuviera vivo.

(...) si desde un primer momento se le hubiera detectado el problema existente, se le hubiera podido trasladar al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, donde se le hubiera realizado la única opción terapéutica existente, según los facultativos, la embolización del vaso realizada por Radiología Intervencionista, pero esperaron al último momento, cuando la situación clínica era extrema, era de noche y se hacía imposible el traslado, dando lugar a la muerte del paciente.

Estamos ante la ausencia de pruebas diagnósticas en tiempo, que dada la clínica y sintomatología del paciente, estaban indicadas a realizar. No solo han de realizarse las pruebas, sino hacerlas en tiempo. El diagnóstico ha sido tardío lo que probablemente le provocó un empeoramiento por demora en el tratamiento, hasta ocasionar su fallecimiento.

(...) Igualmente hubo falta de información respecto a lo que se estaba haciendo, señalan los médicos que la información se dio en todo momento al paciente (...).

No se comunicó nada a los familiares (...).

Cuantificación de la indemnización: 88.063,55 euros (...).

2. Constan en el procedimiento administrativo los siguientes trámites:

- El 28 de noviembre de 2011 y 3 de enero de 2012, se identifica el procedimiento y se insta al reclamante a mejorar su solicitud, viniendo a aportar lo solicitado el 15 de diciembre de 2011 y 17 de enero de 2012. Entre otras, aporta al expediente: certificado de defunción de (...), escrito de adhesión de los demás causahabientes a la reclamación formulada por el interesado, escritura notarial de representación a favor de la abogada (...) que les asiste, proposición de medios de prueba de que pretende valerse y autorización de acceso a los datos obrantes en la historia clínica del paciente fallecido por los profesionales que deban tener acceso a ellos en la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

- Por Resolución de fecha 9 de febrero de 2012, se admite a trámite la reclamación, acordando el órgano instructor realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución que ponga fin al expediente y, entre ellos, la petición de informe a los servicios correspondientes, en especial al servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable, impulsando de oficio la instrucción del procedimiento en todos sus trámites. Por lo demás, la notificación fue practicada correctamente el 17 de febrero de 2012.

- En fecha 5 de noviembre de 2015, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP, en adelante) emite informe que indica:

«(...) El día 10 de noviembre de 2010, el paciente de 81 años de edad tributario de pluripatologías, con todos factores de riesgos cardiovascular: hipertensión arterial, obesidad mórbida, cardiopatía, EPOC, insuficiencia respiratoria insuficiencia vascular crónica severa en MMII con linfedema crónico, estreñimiento habitual e hipertrofia prostática. Ingresó en el Hospital de La Gomera a través del Servicio de Urgencias, por presentar insuficiencia cardiorrespiratoria con sobreinfección bacteriana y obesidad mórbida.

(...) La familia comenta, que el dolor que adolece el paciente en su flanco infracostal izquierdo, lo padece desde hace meses y es atribuible a fracturas costales antiguas.

A lo largo de los días de ingreso, se logra controlar los signos clínicos de la insuficiencia cardíaca, los edemas en miembros inferiores. El dolor subcostal izquierdo, se estaba paliando con medicación analgésica. No obstante, la función renal se deterioraba y el paciente estaba

deshidratado. Se planificó pautar un TAC con contraste -para el día 22 de noviembre de 2010- toda vez que la ecografía en un paciente obeso no proporciona una información suficiente y adecuada. El TAC se realizaría siempre y cuando el paciente siguiese evolucionando correctamente -como hasta ese momento-, pues de ese modo, el contraste que penetrase en el torrente sanguíneo no comprometería a la hemodinámica vascular, ni tampoco al estado respiratorio y renal del paciente.

Nada hizo sospechar de una hemorragia o isquemia/infarto intestinal, a los servicios asistenciales, toda vez que en la analítica practicada el día 10 de noviembre de 2010, por el Servicio de Urgencias el hematocrito, la hemoglobina y las pruebas hemostáticas, estaban dentro de lo normal. Incluso, las analíticas practicadas en fecha 17 de noviembre de 2010 -un día antes de hecho de la isquemia/hemorragia- estaban dentro de la normalidad. Esclarecer que estas pruebas, de tener lugar una hemorragia, estarían claramente alteradas.

(...) el paciente permaneció estable los días que siguieron al ingreso de fecha 10 de noviembre de 2010; pero el día 18 de noviembre de 2010 (5:00 h de la madrugada), comienza con dolor fuerte -tal y como se recoge en la hoja de observaciones de enfermería -, lo que obliga a canalizar una vía vascular central, con finalidad diagnóstica y terapéutica que, finalmente, estabilizan el paciente; se realizan pruebas analíticas y TAC abdominal, en el Servicio de Urgencias del Hospital de La Gomera (a las 12:30 h de la madrugada del día 19). Sin embargo, tras lograr estabilizar al paciente, nuevamente se descompensa, a las 3:00 h de la madrugada del día 19 de noviembre de 2010, entrando en parada cardio-respiratoria, por lo que por parte de los servicios asistenciales, se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada; pese a ello, no fue posible evitar el fatal desenlace, siendo el paciente *exitus*, a las 3:30 h. de la madrugada del día 19 de noviembre de 2010.

(...) valora como correcta la actuación dispensada por los servicios asistenciales de la Administración Sanitaria (...).

Por lo demás, también obran en el expediente los informes emitidos por los facultativos que asistieron al paciente durante los días en los que éste estuvo ingresado en el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe (HUNSG, en adelante), así como informes de los trabajadores de enfermería y auxiliar de enfermería del Servicio de Hospitalización.

- El 21 de marzo de 2016, se dicta Acuerdo Probatorio, notificado al interesado el 30 de marzo de 2016. Este propone como medios probatorios los siguientes: documental consistente en que se tengan por reproducidos los documentos acompañados con el escrito inicial del expediente y testifical. El órgano instructor admite las pruebas propuestas, no obstante, tras realizar algunos trámites para la

citación de testigos, sorprendentemente pese a haber sido trabajadores del SCS no logra localizar a ninguno de ellos.

- El 29 de abril de 2016, se practica la notificación de la apertura del trámite de audiencia al interesado, sin que conste presentación de alegación alguna al respecto.

- El 24 de junio de 2016, la Asesoría Jurídica Departamental emite informe considerando necesario recabar información sobre «si desde la madrugada del día 17 al 18 en que refiere fuerte dolor en la zona y que se mantiene durante todo el 18 de noviembre, que hace entrar al paciente en un estado de sudoración y dolor que no cede y al que se le cambia medicación, procedía efectuar la práctica de otra prueba de imagen, o adelantar el TAC sin contraste (...)».

- El 28 de agosto de 2016, el FEA de Medicina Interna del HUNSG, emite informe al respecto que indica: «el paciente el día 10 de noviembre de 2010 (...) acude a urgencia por dificultad respiratoria con 2 días de evolución. En la exploración destaca el murmullo vesicular disminuido en base derecha en relación con la izquierda. El abdomen no doloroso a la palpación, sin reacción peritoneal. El paciente es catalogado de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular debut.

Ingresó el día 11 de noviembre de 2010 y en la evolución médica del día 16 de noviembre especifica que se cansó de forma severa, se desaturó y retención de CO₂ por el que se ajustó tratamiento médico.

En la evolución médica del 15 de noviembre al 17 de noviembre se informa de leve mejoría del derrame pleural y congestión hiliobasal.

El día 18 de noviembre (...) comienza con episodio de hipotensión, mareos y disminución del nivel de conciencia por lo que solicitó TAC de abdomen con contraste por dolor cólico en el hemiabdomen izquierdo.

Conclusión, dado el cambio brusco evolutivo de paciente y presentando molestias abdominales y signos de bajo gasto, hubiese recomendado el TAC abdominal y/o posible angiotac torazo-abdominal de urgencia (...)».

- Como consecuencia del anterior informe, el Servicio de Normativa y Estudios consideró que el TAC debió de pedirse de forma urgente, por lo que entiende que existe pérdida de oportunidad, ya que de haber actuado con mayor celeridad en la práctica de la prueba tal vez podía haber cambiado el curso de los hechos. En consecuencia, indica que se valore la cantidad indemnizatoria correspondiente por la pérdida de oportunidad.

- Sin embargo, el SIP emite nuevo informe complementario el 22 de septiembre de 2016, señalando los siguientes extremos:

«(...) el dolor agudo de instauración repentina y brusca -padecido por el paciente-, compatible, según el Médico Internista, con una isquemia meséfrica.

El Servicio de Inspección estima que no resulta posible que la actuación médica pudiera evitar el daño ya que, como es sabido, la isquemia meséfrica es equivalente a un infarto intestinal y, por lo tanto, imprevisible.

Así, de haberse realizado el TAC en cualquiera de los días: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 o 17 de noviembre de 2010, aquel no hubiera detectado nada, puesto que la isquemia de la arteria meséfrica es súbita, como cualquier otro infarto del organismo. Solo se detecta en el momento de producirse y, como cualquier otro infarto del organismo. Solo se detecta en el momento de producirse y como indicamos en el informe de la Inspección, de 5 de noviembre: tiene un pronóstico desalentador, debido a que haya porciones del intestino que pueden morir antes de que se pueda realizar la cirugía.

Pero antes de ejecutar cualquier prueba, lo prioritario obviamente, es tratar de estabilizar el paciente -que es lo que se procuró-, y posteriormente se practicarán las pruebas necesarias para establecer un diagnóstico.

A tal propósito aclaramos, que desde las 5:00 h de la madrugada del día 18 de noviembre de 2010 (inicio del dolor agudo) hasta las 00:30 del día 19 (hora de realización del TAC), transcurrieron 19 horas 30 minutos, ni siquiera 24 h. el resultado del TAC junto con las analíticas, condujeron al Médico Internista al diagnóstico de: isquemia de la arteria meséfrica (...).

- En fecha 3 de noviembre de 2016 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, que es remitida a este Consejo Consultivo.

3. En relación con el procedimiento, se ha tramitado correctamente, si bien se ha superado ampliamente el plazo de resolución, que es de seis meses (art. 42.1 LRJAP-PAC). Subsiste no obstante la obligación de resolver, sin perjuicio de las consecuencias administrativas y aun económicas que puedan derivarse de la falta de cumplimiento del plazo (art. 42.1 y 7, 43.1 y 4, y 141.3 LRJAP-PAC).

III

1. La Propuesta de Resolución indica en cuanto a la demora en la práctica del TAC y con base en determinada documentación médica que dada la situación del paciente durante su ingreso en el HUNSG se programó el TAC con contraste para el 22

de noviembre de 2010, para no comprometer la hemodinámica vascular ni el estado respiratorio y renal del paciente. Sin embargo, una vez estabilizado el paciente se realiza TAC urgente sin contraste donde se objetiva un hematoma retroperitoneal espontáneo por rotura de un vaso de pequeño calibre, y que el proceso hemorrágico no puede operarse, la única posibilidad de controlarlo es provocar una embolización del vaso sangrante por procedimientos de radiología intervencionista, que se realizan en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC). No obstante, la Propuesta de Resolución señala el segundo informe aclaratorio del SIP, que determina que el haber adelantado el TAC nada hubiera cambiado el curso de los hechos porque la isquemia meséfrica se presenta súbitamente y se detecta sólo una vez se produce.

Además, la Propuesta de Resolución, en lo referente al dolor infracostal, indica que la familia había comentado que el afectado lo padecía desde hacía meses por las fracturas costales antiguas. Razón por la que los informes médicos señalan que se trataba de un dolor de tipo costal músculo-esquelético, crónico larvado desde que sufriera fractura costal en la octava costilla en el año 2000 y que repetiría esa misma fractura en el año 2001. Sin embargo, el dolor muy intenso que sufre el 18 de noviembre de 2010, coincidiría con la sintomatología que presentaba por patología isquémica aguda de la arteria meséfrica o sus ramas, de presentación brusca, muy agudo, intenso, fulminante y repentino. Así, la conclusión a la que llega el SIP y que la Propuesta de Resolución reproduce es que la patología aguda de las arterias mesébricas o de alguna de sus ramas, fue de presentación súbita, el día 18 de noviembre de 2010, y no antes, sin relación con el dolor crónico costal izquierdo músculo-esquelético, por antiguas fracturas de costilla, de años de evolución.

2. Entrando en el fondo del asunto que nos ocupa, el reclamante alega, por un lado, que la asistencia sanitaria que recibió su padre fue deficiente porque no se practicaron las pruebas médicas pertinentes [TAC, ecografías (...)] dado su estado de salud en el momento en el que ingresa y durante el desarrollo de los acontecimientos en el HUNSG hasta que la situación deviene sumamente de urgencia, alegando que si se hubiesen realizado en el debido tiempo se podría haber practicado el tratamiento oportuno y evitado si acaso el fatal desenlace, existiendo pues una pérdida de oportunidad. Por otro lado, manifiesta que ni el reclamante ni el resto de los familiares recibieron información acerca del estado, enfermedad y evolución sanitaria del paciente durante su ingreso en el HUNSG.

3. Respecto a la ausencia de información alegada, se considera que al haber sido facilitada la información sanitaria sobre posible diagnóstico y tratamiento correctamente al paciente, que estaba plenamente consciente y capaz a tales efectos, era éste el titular del derecho de que se le diera la información adecuada y comprensible sobre su proceso, el diagnóstico, el pronóstico, así como los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento. Por lo que desde este punto de vista, los facultativos que asistieron al paciente cumplieron con la obligación de mantenerle informado sobre tales extremos en todo momento y en la medida de lo posible, solicitándosele a él mismo las autorizaciones pertinentes para la práctica sanitaria.

Por tanto, en ningún momento ha sido afectado el derecho de los familiares a ser informados, puesto que tal derecho es del paciente en primer lugar y con carácter secundario, es decir, cuando el paciente no esté en plenas facultades de adoptar una decisión sobre su salud por sí mismo, el derecho a recibir información sanitaria sobre el estado de salud del paciente y los tratamientos a aplicar según el caso pasaría a estar bajo la titularidad de los familiares. Aún así, los familiares, como se desprende del expediente, sí recibieron información al respecto, en la medida de lo posible, de los facultativos que asistieron al enfermo y según el protocolo médico a seguir, no observando pues en este sentido un deficiente funcionamiento médico sanitario.

4. En atención a la pérdida de oportunidad alegada por el reclamante, es preciso realizar un minucioso análisis de los acontecimientos médicos expuestos en el expediente y contrastar los distintos informes para poder entonces entrar a considerar sobre el asunto planteado, no sin antes exponer la doctrina sobre la pérdida de oportunidad en el ámbito sanitario al efecto de determinar si resultaría aplicable en este caso.

La pérdida de oportunidad se caracteriza por la incertidumbre que produce el hecho de omitirse una actuación médica, o la aplicación de recursos sanitarios de los que dispone el sistema. Así lo afirma la Sentencia de 16 de febrero de 2011, del Tribunal Supremo: « (...) privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia "pérdida de oportunidad" se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, 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 posee a disposición de las administraciones sanitaria (...).

La asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Trasladando ello al caso que nos ocupa, la pérdida de oportunidad estaría determinada por la no práctica de pruebas diagnósticas acorde con el estado de salud del paciente y la evolución del cuadro médico que iría presentando durante su ingreso en el HUNSG.

5. Particularmente, la reclamación en este punto se centra en si la práctica del TAC (con o sin contraste) en momento anterior hubiese podido evitar el desenlace fatal ocurrido, ya que el diagnóstico que se desprende del TAC practicado lo califican los afectados como tardío habiendo incurrido los facultativos en la pérdida de oportunidad que se caracteriza, como hemos señalado, en la incertidumbre acerca del resultado que se podría haber obtenido si se hubiese practicado en tiempo la actuación médica omitida.

6. En atención a las actuaciones realizadas por el SIP, llama la atención su primer informe al haber elaborado el mismo no a partir del diagnóstico confirmado en el TAC (sin contraste) realizado de urgencia -hematoma retroperitoneal y de un sangrado de probable origen en arteria de pequeño calibre-, sino del diagnóstico que es el parecer del médico internista -isquemia meséptica-. No obstante, cierto es que existe un informe de alta hospitalaria, de fecha de impresión 19 de noviembre de 2010, en el que indica isquemia mesentérica, elaborado por el médico internista que, sin embargo, carece de información fundamental sobre el diagnóstico del paciente, pues no se hace referencia al TAC practicado ni por tanto a los resultados derivados del mismo.

En todo caso, ambas enfermedades son distintas y sólo la primera es confirmada mediante el TAC, reconociendo el SIP que su informe es elaborado a partir de un razonamiento argumental hipotético sobre el posible diagnóstico indicado por el facultativo, que no coincide, insistimos, con el confirmado en el TAC. Por tanto, hipotético es también el razonamiento elaborado en su informe complementario.

En puridad, los razonamientos del SIP no coinciden en su totalidad con los informes de los médicos internistas obrantes en el expediente, siendo estos últimos

realizados en su mayor parte sobre el diagnóstico determinado en el TAC, no sobre la isquemia mesentérica, incluso, en diversa documental médica se reconoce un padecimiento relacionado con el diagnóstico resultante del TAC de días de evolución -hematoma retroperitoneal-, como veremos seguidamente.

7. En relación con el primer informe del médico internista del año 2010, no pone en tela de juicio que el diagnóstico que efectivamente padeció el enfermo fue el que resultaría de la realización del TAC, elaborando todo su informe a partir de tal diagnóstico. Según el mismo, cuando la situación del paciente devino de gravedad absoluta para su vida, una vez estabilizado, se realizó TAC urgente (sin contraste) y determinante en cuanto a la patología al indicar imagen voluminosa situada en retroperitoneo que se corresponde con un hematoma retroperitoneal espontáneo por rotura de un vaso de pequeño calibre, con dos fases de sangrado, uno subagudo de al menos 10-14 días y otro agudo. El mismo médico internista indica que la única posibilidad de controlar este sangrado es provocar una embolización del vaso sangrante por procedimientos de Radiología Intervencionista que se realizan en el HUNSC, ratificando en su informe que es esa la única aunque improbable posibilidad de tratamiento. No deja de sorprender que pese a este diagnóstico y a que el único tratamiento posible debía realizarse en un centro hospitalario de Tenerife no se activaran los medios necesarios para el traslado del paciente al Hospital de la Candelaria. El mismo sentido consta en el escrito de contestación a la reclamación, de 12 de enero de 2011, al confirmar el diagnóstico definido del problema: sangrado retroperitoneal en dos fases, cuadro que como se ha informado personalmente no es operable salvo por Radiología Intervencionista, especialidad de la que este centro hospitalario no dispone, por lo que se procedió a requerir por parte del facultativo el traslado del paciente al Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

Es inevitable traer a colación determinados razonamientos observados en el informe de fecha 13 de diciembre de 2010, emitido por el médico internista que asistió al paciente durante su ingreso, del que se desprende las siguientes consideraciones:

a) En cuanto al dolor abdominal, se confirma en los documentos médicos obrantes en el expediente que el enfermo ingresa, entre otras, por dolor en el abdomen y episodios de dolor cólico en hemiabdomen izquierdo de larga evolución. Lo que coincide con las observaciones de enfermería, para los dolores advertidos se administra tramadol -analgésico pautado- mediante el que cede el dolor. Sin

embargo, el 17 de noviembre comienza con dolor fosa ilíaca izquierda, que cede con tramadol; lo mismo el 18 de noviembre, dolor en zona abdominal izquierda para el que se aplica tramadol (folios del expediente 225, 232-234, 241, 245 y sig.). Por tanto, el paciente siempre tuvo dolor que era combatido con el analgésico tramadol, dolor que los facultativos relacionaban, sin embargo con las fracturas de costillas soportadas 9 años antes, sin haber realizado todas las pruebas médicas confirmatorias al respecto disponiendo de los medios y conocimientos pertinentes para ello. Lo cierto es que a pesar del tratamiento pautado para el dolor el facultativo reconoce que el paciente continuaba con dolor cólico abdominal razón por la que se decide junto con el Servicio de Radiología la práctica del TAC con contraste, que, por lo demás, fue programada para el 22 de noviembre, esto es, 13 días después del ingreso del paciente.

Además, se pone de manifiesto en el expediente que el paciente no podía permanecer acostado, presentando dolor torácico, hecho que confirma las observaciones de enfermería, al observar en ellas que el paciente permanece sentado durante su ingreso.

b) El mismo facultativo señala que no se realiza la ecografía abdominal porque ofrece muy pocos datos y no es útil en todos los casos. Ello confirmaría, a *sensu contrario*, que la práctica de la ecografía podría haber vertido datos aunque por pocos no indiferentes y en determinados casos de utilidad, es decir, se desprende que no se practicó ecografía en el abdomen del paciente a pesar de sus dolores por considerar, implícitamente, tal medio insuficiente aunque no inútil totalmente. Por consiguiente, tal omisión nos lleva a concluir sobre la existencia de una situación de incertidumbre en relación a los resultados que podría haber vertido la ecografía si la misma se hubiese llegado a realizar.

c) Igualmente reconoce el hecho de que era evidente que el paciente estaba sangrando por alguna parte, negando que haya sangrado por la vía urinaria, entre otras, de forma que confirma que solo queda el espacio retroperitoneal, por exclusión. Sin embargo, no existe pronunciamiento totalmente esclarecedor en tal informe sobre las observaciones de enfermería acerca de la evolución del paciente que indican en los días 11, 12, 13 de noviembre de 2010: orina colúrica/diuresis colúrica/sangrado al orinar. También se confirma tal hecho en el documento sobre la valoración medicina interna HOSP (folio 234).

8. Sin embargo, en el informe emitido en el año 2011, el mismo facultativo determina que el paciente fallece por un hematoma retroperitoneal espontáneo -

isquemia mesentérica secundaria, en el que indica que no es subsidiario de tratamiento quirúrgico, ni soportaría traslado, si no se le estabiliza hemodinámicamente, así mismo señala que la situación del paciente era crítica y que si lo superaba había que plantearse por la mañana la posibilidad de traslado, con lo cual está reconociendo aunque implícitamente que tal enfermedad del paciente podría haber sido tratada en el HUNSC y que podía haberse trasladado al paciente antes de encontrarse en esa situación tan adversa.

9. En el presente caso, como se ha podido observar, existen pareceres distintos entre los razonamientos del propio médico internista entre sus informes de 13 de diciembre de 2010 y 9 de septiembre de 2011, y contradicciones con los informes del SIP. Tampoco se aprecia coincidencia con la conclusión del informe emitido por el FEA de Medicina Interna del HUNSG en fecha 28 de agosto de 2016.

IV

1. Por tanto, analizada la evolución clínica del paciente debemos tener presente, en primer lugar, que el TAC objeto de la reclamación puede realizarse con o sin «contraste». El contraste se refiere a una sustancia administrada oralmente o inyectada por vía intravenosa que hace que el órgano o tejido en particular que se está estudiando se vea con mayor claridad.

2. En el presente caso, el TAC se programó para el día 22 de noviembre de 2010, con contraste, pero que finalmente se practica de urgencia un TAC sin contraste para determinar el origen de la enfermedad, estando el paciente mucho más delicado de salud, por tanto, tal prueba podría haberse practicado con anterioridad cuando el paciente no estaba tan debilitado o frágil, y no esperar, como finalmente se hizo, hasta el día 19 ante una situación extrema de urgencia.

3. A mayor abundamiento, el propio médico internista que emite el informe en el año 2016, tras el estudio de las actuaciones practicadas en el paciente durante su ingreso y conocedor por tanto de la exploración médica realizada -murmullo vesicular disminuido en base derecha en relación con la izquierda, abdomen no doloroso a la palpación, sin reacción peritoneal, entre otras-, concluye que dado el cambio brusco evolutivo de paciente y presentando molestias abdominales y signos de bajo gasto, hubiese recomendado el TAC abdominal y/o posible angiotac torazo-abdominal de urgencia, es decir, no sólo indica la pertinencia de la realización del TAC sino que además pone de manifiesto otra posible práctica de prueba que tampoco se realizó

en su momento, existiendo en ambos casos los medios señalados sin que se hiciera uso de ellos por los facultativos del HUNSG.

4. Por las razones expuestas, resulta evidente que en el presente caso concurrieron una serie de circunstancias que dificultaron el diagnóstico pero que no llegan a justificar suficientemente la programación del TAC con contraste para el 22 de noviembre de 2010 habiendo ingresado el enfermo el día 10 anterior, ya que, en su caso, podría haberse realizado previamente el TAC sin contraste, como así se realizó el 19 de noviembre, fecha en la que el estado de salud del paciente era de urgencia vital.

Con todo ello se desprende que la falta de realización de las pruebas médicas con anterioridad genera una incertidumbre evidente sobre la probabilidad de que tal actuación médica omitida podría haber evitado el desenlace final mediante la única y existente oportunidad de intervenir al paciente en el HUNSC.

5. Con todo lo razonado, en el presente caso se aprecia negligencia en la asistencia médica prestada al paciente en un momento temporal determinado por la falta de práctica de pruebas diagnósticas que podrían haber conducido a un diagnóstico certero.

La práctica del TAC desprende hematoma retroperitoneal espontáneo por rotura de un vaso de pequeño calibre, con dos fases de sangrado, uno subagudo de al menos 10-14 días de evolución y otro agudo, como confirma el informe médico ya señalado. En relación con tal diagnóstico, de haberse realizado con anterioridad el citado TAC no se excluye la posibilidad de haberse determinado la fase de sangrado subagudo de días de evolución, lo que habría incrementado en consecuencia la oportunidad de intervención quirúrgica con traslado previo al Hospital de la Candelaria en Tenerife y, por ende, un resultado alternativo. Los facultativos debieron hacer uso de todos los medios disponibles, a los que hace mención el informe médico del año 2016.

6. Por tanto, existió la posibilidad de realizar un estudio más completo y profundo por el Servicio de Medicina Interna.

El tiempo transcurrido desde el 10 de noviembre hasta la práctica del TAC sin contraste el 19 de noviembre de 2010, pudo haber influido en el progreso de la enfermedad posiblemente existente pero insuficientemente estudiada y no tratada lo que finalmente pudo haberle costado la vida al padre del reclamante.

7. Considerando la existencia de la pérdida de oportunidad, procede ahora determinar la indemnización procedente. En consecuencia, no se indemniza por el

fallecimiento del padre del reclamante, sino por la pérdida de oportunidad sufrida, pérdida en el tratamiento alternativo que la doctrina asemeja al daño moral y que es el concepto indemnizable, pues es posible afirmar que la asistencia médica prestada al paciente le privó, por los hechos ya expuestos, de determinadas expectativas de curación que debe ser indemnizadas en este caso a los familiares, reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido igualmente de haberse actuado diligentemente, y también en relación a la edad del paciente.

Cabría señalar a título de ejemplo, la Sentencia de 27 septiembre 2011, del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), entre otras, indica:

«(...) Para la fijación de la indemnización procedente, ha de tenerse en cuenta que no se indemniza por el fallecimiento de (...), esposo de la recurrente, ocasionado por un carcinoma epidermoide, sino, como hemos dicho, por la pérdida de oportunidad sufrida pues, a la vista de los referidos informes cabe sostener que, en este caso, el retraso en la práctica del "estudio neumológico del paciente hizo imposible su tratamiento con posibilidades de curación por la extensión tumoral", una vez acreditada "la presencia de un nódulo pulmonar solitario de bordes irregulares y ya de un tamaño de 12 mm", unido a las especiales circunstancias del paciente, sus antecedentes personales de haber sido trabajador de asbesto y disolventes orgánico, además de los antecedentes familiares de neoplasia pulmonar del padre y un hermano.

Atendido este fundamental extremo en relación con la edad -59 años-, las circunstancias del esposo de la actora, detalladas en los Informes que han servido de base para la estimación del recurso, así como las cantidades reclamadas en el escrito de demanda -folio 46 de los Autos- y lo manifestado en relación con las mismas por la aseguradora codemandada en el trámite de conclusiones evacuado en fecha 2 de septiembre de 2008 -folio 172 de los Autos- resulta ponderado fijar en treinta mil euros (30.000 €) la cantidad a conceder en concepto de indemnización, la cual ha de entenderse ya actualizada a la fecha de esta sentencia (...).

8. Para finalizar, este Consejo Consultivo, de acuerdo con los conceptos expuestos, considera que sería de equidad que se reconociera una indemnización que ascienda a la cantidad de 15.000 euros, por los daños morales causados a los familiares del fallecido por la realización tardía de las pruebas, lo que supondría, como hemos indicado, una infracción de la *lex artis* que ha generado una pérdida de oportunidad.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho por a las razones expuestas en los Fundamentos III y IV.

En el presente caso procedería determinar la indemnización conforme a lo manifestado en el Fundamento IV.8.