



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 2 0 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 27 de marzo de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), a la que se adhieren posteriormente (...) y (...), por los daños morales causados por la atención a su fallecido padre y esposo, respectivamente, (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 100/2018 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un Organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. Los reclamantes solicitan una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Ello determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Resulta igualmente aplicable el 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre.

II

1. (...) formula, con fecha 23 de septiembre de 2016, reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) y a consecuencia de la cual estima que se produjo su fallecimiento.

Los hechos en los que fundamenta su reclamación son los siguientes:

«PRIMERO.- Sobre el traslado al Hospital.

El 25 de febrero de 2016, sobre las 5:30 AM mi hermano llamó al teléfono de emergencias 112 solicitando una ambulancia porque su padre, (...), presentaba dificultad respiratoria y estaba agitado. Nos enviaron una ambulancia de soporte vital básico, que lo trasladó al Centro de Salud de Gáldar. Allí fue valorado y, dada su gravedad, fue derivado al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín.

SEGUNDO.- Sobre la atención en Urgencias por la mañana el 25/02/2016.

A su llegada, a las 8:23 AM, fue atendido por la Dra. (...), que lo valoró y solicitó pruebas complementarias, en concreto una analítica y una radiografía de tórax. A media mañana la doctora nos informó de que nuestro padre tenía una neumonía y un infarto. Le pautó un antibiótico intravenoso, pero se olvidaron de administrárselo y se lo tuvimos que recordar (...).

Al mismo tiempo de pautarle el antibiótico, la doctora habló con mi madre y mi hermana y les dijo que al día siguiente sería trasladado a la Clínica (...) de Santa María de Guía, porque "allí estaría mejor", (...). Mi familia manifestó su disconformidad con el traslado pero la doctora insistió en que era la mejor opción, a pesar del mal estado evidente de nuestro padre.

TERCERO.- Sobre la atención en Urgencias por la tarde.

En el Servicio de Urgencias esa misma tarde intenté hablar con el médico que estaba en su turno, pero se negó a hablar conmigo y me dijo que volviera por la mañana. En ese momento mi padre tenía muy mal estado general, le costaba mucho respirar a pesar de la mascarilla de oxígeno, tenía una sudoración profusa y tendía al sueño todo el tiempo.

CUARTO.- Sobre la búsqueda de una segunda opinión médica.

Como el médico se había negado a informarme (...) [pedí a otros médicos] que consultaran las pruebas complementarias de mi padre, a ver si su situación permitía el traslado. Ellos comprobaron que, según las pocas pruebas realizadas, mi padre tenía síndrome coronario agudo muy grave (...), una neumonía (...) y una insuficiencia cardiaca. (...) Todos estaban de acuerdo en que se trataba de una situación crítica que requería un tratamiento adecuado en un hospital de tercer nivel y que era "un disparate" trasladarle en esa situación a un centro de estancia de pacientes crónicos. (...).

QUINTO.- Sobre el traslado injustificado de un enfermo en estado crítico a un centro residencial.

Al día siguiente, el 26/02/2016, logré hablar con el médico de urgencias del turno de mañana (...). Le expliqué que no estaba de acuerdo con que trasladaran a mi padre a esa clínica, dada su gravedad. Además, le pedí que fuera valorado por un cardiólogo, dado que mi padre tenía un infarto y no se le había pautado ningún tratamiento fuera del suyo habitual y de un antibiótico. El médico en cuestión reaccionó a la defensiva y con un nivel muy alto de agresividad (...). Me increpó diciendo que "ya las decisiones estaban tomadas" y que "tuviera claro que mi padre no se iba a quedar ahí". (...) Tras su muerte y revisando el informe de urgencias del primer día comprobé que el traslado estaba firmado antes de las tres horas de estancia en el Servicio de Urgencias (...).

SEXTO.- Sobre el estado de salud de mi padre.

La gravedad de todos estos hechos se resume en una única cuestión: mi padre fue desahuciado desde el primer momento. En ningún momento nadie nos preguntó por su situación basal. No es lo mismo un alzheimer en fase terminal que en la fase inicial. A pesar de su enfermedad, nuestro padre tenía una aceptable calidad de vida y mantenía conversaciones. Requería ciertos cuidados, pero no tenía ninguna patología que le produjera sufrimientos (...). Nuestro padre era un hombre de 74 años que no suponía ninguna carga y que todavía era un miembro activo de nuestra familia.

SÉPTIMO.- Sobre la estancia en la clínica de Guía y la intolerancia injustificada del sufrimiento.

A mayor abundamiento, lo que ocurrió en la clínica de Guía estuvo muy lejos de ser un tratamiento adecuado. La atención fue deficiente en todo momento, dado que se trata de una clínica que sólo tiene capacidad para tratar pacientes estables y, de ningún modo, dispone de recursos para tratar pacientes en estado crítico como mi padre.

Su situación era inestable. Tenía un síndrome coronario agudo, una neumonía y una insuficiencia cardiaca aguda. Requería monitorización de sus constantes vitales, además de los marcadores cardiacos, su función renal y sus electrolitos. Monitorización que no tuvo, ni

siquiera se le realizó una radiografía de control para comprobar que el derrame pulmonar hubiera disminuido o al menos no hubiera aumentado. Teníamos que ser nosotros, los que avisábamos cuando se agitaba porque se asfixiaba todavía más. En esos momentos acudía el personal, porque al no estar monitorizado no tenían modo de saber que estaba descompensado.

A la atención deficiente por la escasez de recursos, dado que no está preparada para patologías tan graves, hay que añadir la intolerable desidia del personal que le atendió, que solo se limitaba a decir que "estaba muy grave". Ni siquiera nos permitieron quedarnos ni una sola noche con él. (...)

Mi padre sobrevivió tan solo once días más. Once días de sufrimiento, en los que estuvo continuamente asfixiado y agitado, con incapacidad para orinar, que trataban con diuréticos cuando los familiares nos quejábamos».

La reclamante sostiene que si su padre hubiera estado donde le correspondía estar, esto es, en un hospital de tercer nivel y no en una clínica asistencial, no se habría permitido que sufriese de esa forma, siendo atendido por personal sanitario entrenado para reconocer y tratar situaciones críticas. Por ello considera que no tuvo ninguna oportunidad, ya que no se hizo nada para salvarle la vida.

Solicita una indemnización por los daños morales sufridos que asciende a la cantidad de 12.000 euros más los intereses legales que se devenguen.

En trámite de mejora de la reclamación presentada y a requerimiento de la Administración, se aporta documento de conformidad con la citada reclamación suscrito por su madre y hermano.

2. En el presente procedimiento los reclamantes ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo, ya que pretenden el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera moral como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a su familiar.

Se cumple por otra parte 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.

3. La reclamación fue presentada el 23 de septiembre de 2016, dentro del plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC, ya que el fallecimiento del paciente acaeció el 8 de marzo del mismo año. No resulta pues extemporánea.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este 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 Autónoma, 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.

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. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo que se dicte resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 21 de diciembre de 2016 (art. 6.2 RPAPRP) y se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), constanding en el expediente el informe de los Servicios que atendieron al paciente, así como las correspondientes historias clínicas. Asimismo emitió informe el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

A los reclamantes se les ha otorgado asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), sin que presentaran alegaciones en el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, los reclamantes en este procedimiento centran su reclamación en la inadecuada asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre en el Servicio de Urgencias del HUGCDN, en el que además se decidió su traslado al Hospital (...) de Guía a pesar del grave estado en el que se encontraba, ya que presentaba neumonía y fallo cardíaco. A ello se añade que este último es un centro de estancia para pacientes crónicos que carece de recursos, tanto personales como materiales, para atender a pacientes en estado crítico como su padre, que fallece tras importantes sufrimientos once días después de su ingreso.

En la Propuesta de Resolución culminatoria del procedimiento se considera, por el contrario, que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue correcta, tanto en lo que se refiere a la atención prestada en el Servicio de Urgencias del HUGCDN, como por lo que se refiere a la decisión de su traslado al Hospital (...) de Guía y, por último, en cuanto a la atención que recibió en este último Centro hasta su fallecimiento.

2. En el expediente consta acreditado que se trataba de un paciente de 74 años con antecedentes de Dislipemia, Diabetes Mellitus tipo 2 insulino dependiente, con complicaciones metadiabéticas: Polineuropatía, Retinopatía diabética severa con edema macular, Hipertensión arterial, portador de Marcapasos por Bloqueo Auriculoventricular (2007), Cardiopatía isquémica crónica, Infarto de miocardio previo ilocalizable (2012) por ritmo de marcapasos, enfermedad de 3 vasos, Ateromatosis Aórtica difusa, Arteriopatía carotídea, Hipertrofia benigna de próstata, Asma bronquial, Hernia de hiato, Esófago de Barrett, y de haber sufrido un ictus cerebral (marzo de 2014) con déficit motor izquierdo, demencia tipo mixto (enfermedad de Alzheimer con componente vascular), con deterioro cognitivo y motor. Se trata de un paciente presentaba que, según indica el SIP y a la vista de estos antecedentes, múltiples enfermedades crónicas y gran deterioro cognitivo y motor (consta en evolución clínica de consultas de Neurología fechada el 11 de julio de 2014, y en consulta de Oftalmología del día 15 de diciembre del mismo año «paciente bastante deteriorado»), cuidado por su familia, vida cama-sillón e índice de Barthel 10, que indica dependencia total.

Por lo que se refiere a la atención prestada en el Servicio de Urgencias del HUGCDN, consta en el informe del SIP, una vez recabados los datos obrantes en la historia clínica del paciente, los siguientes antecedentes:

- En informe médico de Atención Primaria consta que el 25 de febrero de 2016 el paciente es trasladado en ambulancia y atendido en el Centro de Salud de Gáldar por disnea (dificultad respiratoria), fiebre de 38,5 C° y mialgias generalizadas, coincidente con cuadro gripal de 3 días de evolución. A la exploración se encuentra pálido, sudoroso, somnoliento, taquipneico con trabajo respiratorio, presentaba, fiebre de 39,5 C°, Saturación de O₂: 94% con reservorio, tensión arterial: 160/80, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 110 latidos por minuto sin signos de isquemia aguda. Tras su atención, y administración de paracetamol vía parenteral y Oxígeno con reservorio, se decide su traslado para su valoración hospitalaria en el HUGGDN.

- Fue admitido en el Servicio de Urgencias de este Centro hospitalario a las 8:23 horas, por disnea y fiebre que había aumentado en las últimas 24 horas en el contexto de cuadro gripal, e hiperglucemia desde hacía una semana. Fue valorado en el área de Triage a las 08:31 horas, estableciéndose un nivel III, que fija una atención en un plazo no superior a 30 minutos. Dicha valoración se realiza de inmediato, constando escritas en el sistema informático Drago a las 8:57 horas. A la exploración el paciente presentaba taquipnea leve sin distres, tensión arterial 115/57, Frecuencia Cardíaca: 100 latidos por minuto, temperatura: 36,2 C°, Saturación de O₂: 98% con reservorio. Normohidratado y normocoloreado. Se encontraba alerta aunque con tendencia al sueño y no colaborador. A la auscultación cardiopulmonar presentaba ruidos cardíacos. No edemas en miembros inferiores, ni signos de trombosis venosa profunda.

- El paciente quedó hospitalizado para completar el estudio con las pruebas complementarias que permitirían establecer su diagnóstico y un tratamiento dirigido a la patología que presentaba.

Las pruebas complementarias mostraron: Analítica donde destacaba leucocitos elevados: 22,60/ mm³ a predominio neutrófilos: 87,70%, linfopenia de 4,01%, glucosa elevada: 452 mg/dL, Creatin-Cinasa (CK): 331 U/L, Troponina T (TT): 827 ng/L, Propéptido natriurético de tipo B: 7980 pg/mL, Tensión de O₂ (po₂): 77,70 mm/Hg con PH y Tensión de dióxido de carbono normales y Bicarbonato en el límite superior: 23,90 mmol/L. Electrocardiograma con Marcapaso. Rx de tórax muestra marcapaso bicameral, cardiomegalia con hilos congestivos e infiltrados alveolares perihiliares, líneas B de Kerley, derrame pleural izquierdo y atelectasia del lóbulo izquierdo

inferior, sugiriendo estos hallazgos signos de sobrecarga hídrica e infiltrado alveolar en el lóbulo superior izquierdo, sugestivo de condensación neumónica.

- Se siguió su evolución, en las notas clínicas del 26 de febrero de 2016, a las 00:26, consta que el paciente estaba desconectado del medio con taquipnea superficial, con discreto tiraje abdominal. Se elevan los marcadores de daño cardíaco (CK: 368 y TT: 859) sin clara curva enzimática, pudiendo estar en relación con un síndrome coronario agudo, la radiografía sugería condensación neumónica en lóbulo superior izquierdo. A la auscultación pulmonar hay presencia de roncus y no hay edemas en miembros inferiores. El plan añade a las prescripciones previas de sueroterapia, aerosolterapia, antibioterapia y oxigenoterapia, la anticoagulación, y dado que presenta un índice de Barthel de 0/100, siguiendo criterios de funcionalidad, se decide que el paciente no es candidato a más estudios ni medidas agresivas y se plantea su traslado para continuar con el tratamiento en el Hospital (...) de Guía.

- A las 14:27 horas consta en evolución clínica de urgencias que el paciente con cuadro de infección respiratoria (Neumonía izquierda), en cuyo contexto se produce repercusión cardíaca, tras tratamiento con antibiótico y oxigenoterapia presenta mejoría clínica, aunque persiste con taquipnea y obnubilación. A la auscultación presenta ruidos de secreciones en vías respiratorias altas e hipofonesis de predominio izquierdo. Comentada la situación del paciente con el Dr. (...), médico internista responsable del Hospital (...) de Guía, se decide su traslado a ese hospital bajo los diagnósticos de infección respiratoria (neumonía de lóbulo superior izquierdo), en cuyo contexto se produce repercusión cardíaca manifestada como síndrome coronario agudo e insuficiencia cardíaca, para continuar con su tratamiento.

Estos antecedentes evidencian que el paciente recibió atención en el Servicio de Urgencias, en el que se llevaron a cabo las pruebas precisas para diagnosticar su enfermedad, se pautó tratamiento y se hizo su seguimiento. En este sentido, indica el SIP, coincidente en este extremo con el informe del Coordinador del Servicio de Urgencias, que el paciente fue atendido de forma adecuada e inmediata y que estuvo hospitalizado en este Servicio hasta que, realizada todas las valoraciones pertinentes y hechas las pruebas complementarias que procedían, se establecieron los diagnósticos de infección respiratoria (neumonía de lóbulo superior izquierdo), en cuyo contexto se produce repercusión cardíaca, manifestada como síndrome coronario agudo e insuficiencia cardíaca. Una vez conocidos estos diagnósticos se estableció e inició, de acuerdo con el informe del SIP, el tratamiento adecuado a la

patología que presentaba. No se aprecia pues, de acuerdo con los informes obrantes en el expediente, que la atención sanitaria recibida en este Servicio no fuera la correcta.

3. Por lo que se refiere a la decisión de trasladar al paciente al Hospital (...) de Guía, de lo actuado en el expediente resulta que esta decisión fue adoptada teniendo en cuenta los antecedentes y estado del paciente, así como los criterios que determinan el ingreso o no de un paciente en un hospital de tercer nivel.

Así, entre los antecedentes del paciente consta que presentaba un índice de Barthel 10. Sobre este extremo explica el SIP lo siguiente:

«El índice de Barthel o escala de Barthel es un instrumento que se utiliza para la valoración funcional de un paciente. La escala mide la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria, que se consideran básicas, de esta forma se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Se trata de un cuestionario que consta con 10 ítems. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías —las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, o 3 puntos— resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia leve-moderada y 100 independencia.

El índice de Barthel es utilizado ampliamente para estimar la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio, y como parte del protocolo de valoración geriátrica, también es muy usada como criterio de eficacia de los tratamientos y actuaciones de los profesionales sanitarios, y como referencia para estudiar las características de nuevas medidas.

La validez de constructo o de concepto es el grado en que una medida es compatible con otras con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada. Estudiado ampliamente, el índice de Barthel, se considera un buen predictor de la mortalidad, pues mide la discapacidad y esta última está asociada fuertemente con la mortalidad».

En el caso del paciente, consta en el expediente que la decisión de su traslado al Hospital (...) de Guía, que es un hospital perteneciente a la Gerencia del Complejo Hospitalario Dr. Negrín, se adoptó treinta horas después de su ingreso en el Servicio de Urgencias, una vez conocida la situación del paciente, con los ya citados antecedentes clínicos de enfermedades crónicas avanzadas y sus nuevos diagnósticos

y una vez pautado el tratamiento pertinente. Se tuvo además en cuenta, según informe SIP, que el paciente presentaba un índice de Barthel inferior a 20, siendo de 0/100 en el momento de tomar la decisión (inferior a 20 implica dependencia total). Por ello, siguiendo criterios de funcionalidad, se decide que el paciente no es candidato a más estudios ni medidas agresivas y se decide su traslado para continuar con el tratamiento en el Hospital (...) de Guía. Según el informe del Coordinador del Servicio de Urgencias, que confirma el SIP, se trata de un Centro dotado con medios apropiados y facultativos con presencia física las 24 horas, que comprenden entre otros, médicos internistas y de Urgencias del HUGGDN, y personal de enfermería con ratio de trabajo y entrenamiento adecuados para el manejo de este tipo de pacientes.

La decisión pues del traslado estuvo motivada por el estado del paciente, teniendo en cuenta sus enfermedades crónicas previas y sus diagnósticos en ese momento, que no lo hacían candidato a la adopción de tratamientos más agresivos que, según indica el SIP, no iban a resultarle beneficiosos.

4. Por último, por lo que se refiere a la asistencia prestada en el Hospital (...) de Guía, no se ha acreditado en el expediente que se produjera su desatención, como corroboran las anotaciones en su historia clínica, en las que constan las exploraciones que se realizaron al paciente y los tratamientos administrados durante los días en que permaneció ingresado hasta su fallecimiento. Sobre este extremo, pone de manifiesto el SIP que los diagnósticos y tratamientos administrados, así como su seguimiento y cuidados fueron los adecuados al paciente en su contexto clínico, si bien a pesar de ello, y debido a su mal estado general, con persistencia de la infección respiratoria, hiperglucemia y situación de insuficiencia cardíaca, en un paciente con enfermedades crónicas avanzadas, la evolución fue tórpida y fallece.

En definitiva y por todo lo expuesto, procede concluir, en el mismo sentido que la Propuesta de Resolución, que al paciente se le prestó la asistencia que su enfermedad requería, sin que su traslado al Hospital (...) de Guía implicara que se dejara de prestar la atención y tratamientos que su estado precisaba, a pesar de lo cual prestó una evolución desfavorable que desembocó en su fallecimiento. Se considera por tanto ajustada a Derecho la desestimación de la reclamación que se propone.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación presentada por (...), se considera conforme a Derecho.