



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 4 6 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de octubre 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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario por la asistencia prestada a su esposa y madre, respectivamente, (...) (EXP. 399/2018 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el 7 de agosto de 2018 (RE 3 de septiembre de 2018), es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. 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, el primer precepto, con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...) y (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que reclama, que es el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, (...) [art. 4.1.a) LPACAP].

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

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 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.

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. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues los interesados interpusieron aquel escrito el 12 de julio de 2017, respecto de un daño que quedó determinando con el fallecimiento de (...), el 5 de agosto de 2016.

Ha de decirse que los interesados habían presentado reclamación por los mismos hechos en el Área de Salud de Tenerife el 15 de marzo de 2017, que le fue respondida el 10 de abril de 2017, señalándose que, tras el estudio de la historia clínica a la paciente, se concluye que fue correctamente atendida. No se tramitó como reclamación de responsabilidad patrimonial por no inferirse tal pretensión de aquélla.

III

Los interesados, en su escrito de reclamación, exponen como hechos en los que funda la presente reclamación:

«El pasado día 5/08/2016, ingresa, a las 06:31 horas por el Servicio de Urgencia Medicina del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, la esposa y madre de los interesados, (...). El motivo del ingreso se debió a la "debilidad y desorientación". La paciente/difunta permanece, tras la mera toma de constantes generales tras la entrada por

el personal técnico, sin ser atendida, valorada, pautada o mínimamente atendida hasta las 12:46 horas, es decir casi siete horas más tarde del ingreso por el servicio de urgencias.

Durante las siete horas, la paciente/difunta se encontraba sola al cuidado directo y continuo de su esposo (...) desde el momento del ingreso (06:30 horas de la mañana). Señalar que desde esa hora, el deterioro fue aumentando (...).

Adviértase que, siendo ya las 13:30 horas, tras presentar cuadro constante de vómitos (sin haber ingerido durante casi siete horas nada de alimentos y/o líquidos (...), se le suministra siguiendo las pautas del médico especialista encargado y por vía intravenosa Primperán (...). Al instante la paciente comienza a convulsionar y a tener dolor constante y sensación de asfixia, tal que la misma es atendida de inmediato ante la alerta del esposo a los sanitarios, llevándosela del cubículo que estaba.

Fue ese momento a partir del cual el esposo e hijo ya no vuelven a ver a su esposa y madre con vida. Desde ese momento, por parte de los servicios de atención, a los familiares no se informa, o de pasada "(...) está bien", invitando incluso al esposo e hijo a "marchar a casa a descansar que ella está bien" (...).

Siendo así marchan a casa a asearse y descansar cuando reciben la llamada del centro hospitalario para informar de la defunción de (...) y por causas distintas a las que se produjo el ingreso. Se informa en el correspondiente certificado de defunción como causa "disociación electromecánica, acidosis metabólica, insuficiencia renal crónica"; y como causa fundamental "intoxicación digitálica"».

Entienden los reclamantes, tal y como indican en su reclamación, que la muerte de la paciente «se produjo como consecuencia de una negligente actuación de los servicios médicos y sanitarios del servicio de urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria donde fue ingresada el pasado 5/08/2016 por un cuadro de debilidad y desorientación, siendo atendida 7 horas más tarde, y por tanto quienes no actuaron correctamente y además no realizaron un correcto pronóstico, seguimiento y control; y ello a pesar de que el empeoramiento de ésta era evidente a las pocas horas del ingreso, dejándola en una clara situación de desamparo (...)».

Se solicita una indemnización que se cuantifica en 241.000 euros, más los intereses legales que procedan.

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su

caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan las siguientes actuaciones:

- Por Resolución de 20 de julio de 2017, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de los interesados, de lo que reciben notificación aquéllos el 27 de julio de 2017.

- El 21 de julio de 2017 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 6 de abril de 2018.

- El 5 de marzo de 2018 se realiza apoderamiento *apud acta* de los reclamantes a favor de (...).

- El 12 de abril de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las solicitadas por los interesados, concediendo plazo para la aportación de pliego de preguntas a realizar en la testifical. De ello reciben notificación el 24 de abril de 2018, viniendo a aportar lo solicitado el 8 de mayo de 2018.

- El 21 de mayo de 2018 se realiza práctica de prueba testifical al hijo de la fallecida, con el resultado que obra en el expediente.

- El 21 de mayo de 2018 se confiere a los reclamantes trámite de audiencia, de lo que reciben notificación el 24 de abril de 2018, presentando escrito de alegaciones el 7 de junio de 2018.

- El 2 de julio de 2018 se dicta Propuesta de Resolución desestimando la pretensión de los interesados, constando en igual sentido borrador de resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, lo que fue informado favorablemente por el Servicio jurídico el 19 de julio de 2018. Así pues, se dicta Propuesta de Resolución definitiva el 24 de julio de 2018 en aquel sentido.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial, del SIP.

2. Pues bien, efectivamente, debe ser desestimada la reclamación interpuesta, en los términos señalados en la Propuesta de Resolución.

Y es que, como bien se señala en ella, la atribución de responsabilidad de los reclamantes a la Administración por lo que debe considerarse una «pérdida de oportunidades» de curación de la paciente, por falta de atención de los servicios asistenciales, ha quedado desvirtuada por la relación de atenciones dispensadas a la paciente en su historia clínica.

De ella se deriva que, entre las 6:30 horas y las 13:30 horas, tiempo en el que los reclamantes afirman que no fue atendida la paciente, se produjeron los siguientes hechos:

- El 5 de agosto de 2016, acude al Servicio de Urgencias del HUNSC e ingresa en el mismo a las 6:31 horas. Refería cuadro clínico de varios días de evolución y «el marido relata cuadro de 4 días previos al día 5 de agosto, de mayor deterioro del estado general, con dos vómitos alimentarios, debilidad generalizada y mayor adormecimiento del habitual y que acude a su médico de Atención Primaria y tras tira de orina positiva a infección urinaria, éste prescribe el antibiótico Fosfomicina. A pesar de ello, sigue con la clínica y el día 4 por la noche, sufre disminución de la diuresis presentando entonces alteración del lenguaje, disminución del nivel de conciencia y nuevamente vómitos, por lo que acuden al hospital».

- A partir de las 8:00 horas se realiza: Analítica de sangre con hemograma a las 8:12, coagulación a las 8:25 horas, analítica de orina a las 8:47, a las 9:30 radiografía de tórax, bioquímica a las 11:00, a su vez se solicitan niveles de Digoxina y se realiza EKG.

- Tras la exploración física general, el médico anota: No fiebre, no dolor torácico, no palpitations, no tos, ni flemas, ni clínica miccional, se toman las constantes, eupneica, tolera decúbito, auscultación cardiaca normal sin soplos, exploración abdominal, la paciente está consciente, orientada parcialmente, colaboradora, habla farfullante y posteriormente observan déficit motor hemicuerpo izquierdo y facial izquierdo por lo que se solicita TAC craneal, a las 10:14 horas.

- En analítica se refleja Urea de 114, Creatinina de 3,69, Digoxinemia de 4,03. El médico presume un juicio diagnóstico que fue, a la llegada, de insuficiencia respiratoria, ictus e intoxicación digitálica.

- En el TAC craneal: atrofia cerebral córtico-subcortical generalizada. También padece Leucopatía, Encefalomalacia. Pasa a monitorización y se realiza interconsulta con Medicina Interna.

- Se trata con Primperán en ampollas, debido a la existencia de vómitos y se refleja en la gráfica de cuidados de enfermería la hora en que fue pautado por Medicina Interna, sobre 11:43 horas, o sea, que estando la paciente en observación ya es valorada por Medicina Interna, a esta hora también se informa al esposo.

- A las 12:00 horas se instaura tratamiento con Flurosemida por Medicina Interna.

- A las 12:46 horas, Medicina Interna realiza informe clínico. Diagnóstico tras ser valorada y tras la realización de radiografía de tórax y TAC craneal: Enfermedad renal crónica; Bradicardia de origen farmacológico. Intoxicación por Digital; Anemia; Leucocitosis con neutrofilia desde 2004; Alteración del nivel de conciencia: ¿Encefalitis?

- El plan es corrección de las alteraciones analíticas y de los niveles de Digoxina y si persistencia de la clínica, valorar de nuevo.

Pues bien, a partir de esa hora nada cambia, pues al igual que en las horas anteriores en las que la familia alega desatención, en contra de lo expuesto, en las sucesivas se produjo la siguiente asistencia:

- La paciente queda en observación en el Servicio de Urgencias, valorada tanto por Enfermería como por Medicina Interna y Neurología, a partir de las 13:27. Persiste la observación, toma de constantes durante las siguientes horas.

- A las 14:20 horas, eco abdominal que descarta patología obstructiva, pendiente de valoración por neurólogo, se decide mantener actitud expectante y se coloca sonda vesical.

- A las 15:08, es valorada por el Neurólogo de guardia, por temblor y disminución del nivel de conciencia. Juicio diagnóstico: Encefalopatía tóxico- metabólica como primera posibilidad diagnóstica (insuficiencia renal crónica agudizada + intoxicación digitálica).

- El neurólogo aconseja corrección de las alteraciones analíticas y de los niveles de Digoxina.

- A las 17:14, la paciente es valorada de nuevo por el facultativo de Medicina Interna, en el Servicio de Urgencias. La paciente presenta estado de agitación psicomotriz, con hipertensión arterial, no colabora con la anamnesis, pupilas medias

reactivas, no rigidez meníngea, moviliza extramedidas, ruidos de secreciones en vías altas. Comenta a la enfermera que volvió vomitada de la ecografía. Se realiza urocultivo. Juicio diagnóstico: Insuficiencia renal, intoxicación digitalica, crisis hipertensiva, síndrome confusional y acidosis metabólica.

- Empeoramiento del estado de la paciente a distintos niveles. La paciente se encuentra monitorizada y con oxigenoterapia. Se informa al marido de la paciente.

- Más tarde, a las 18:25, se informa al marido de que el estado de la paciente empeora. Se avisa a UMI. La doctora de guardia de la UMI, escribe en la historia clínica que, sobre las 18:30, avisa a Medicina Interna para valorar a la paciente, que se encuentra con deterioro del nivel de conciencia y empeoramiento de la función renal. Entra en parada respiratoria, se inicia resucitación cardiopulmonar, persistiendo asistolia; dada la ausencia de respuesta, se declara *exitus* a las 18:45, informando a su esposo.

El SIP, consultada la historia clínica de la paciente, señala en su informe de 6 de abril de 2018: «tras la llegada de la paciente al Servicio de Urgencias, es atendida por enfermería que realiza su historia clínica y toma constantes, tras dicho triage se procede a la valoración y estudio por el médico de urgencias, tras lo cual se realizan una serie de órdenes médicas, que enfermería ejecuta secuencialmente, tanto lo pautado con el médico con respecto al tratamiento, como las diversas pruebas diagnósticas necesarias».

El Coordinador del Servicio de Urgencias concluye, en su informe de 7 de septiembre de 2017 (folio n.º 63), «parece evidente que la paciente siempre fue atendida de forma diligente según los requerimientos clínicos».

3. Pues bien, a la vista de lo expuesto, la afirmación de los reclamantes acerca de desatención de la paciente (referida a las siete horas siguientes a su ingreso), carece de fundamento, pues ha quedado acreditado que desde su ingreso se atendió a la paciente realizándole toda clase de pruebas destinadas a determinar su patología y se adoptaron las medidas terapéuticas precisas en cada instante. Que la paciente estuviera en una camilla en urgencias hasta su ingreso en Medicina Interna a las 12:46 nada tiene que ver con la atención dispensada, que se produjo en el Servicio de Urgencias y que se ha verificado a través de su historia clínica.

Ha de decirse que, en contra de lo afirmado por los reclamantes, no puede sostenerse que la muerte de la paciente se hubiera podido evitar de haberla atendido adecuadamente desde su ingreso. Así, amén de lo expuesto sobre la continua asistencia prestada a la paciente desde su ingreso, ha de recordarse que en la

anámnesis realizada a su ingreso se señala: «el marido de la paciente relata cuadro de 4 días consistente en mayor deterioro del estado general, con dos vómitos alimentarios».

Asimismo, tampoco era nueva la leucocitosis que se presenta en la analítica del ingreso, donde se señala: leucocitos 14.920 (presentes en cifras similares desde 2004, no estudio previo).

Se trata de una paciente con múltiples patologías previas: HTA, DM2, asma, enfermedad renal crónica, FA permanente en tratamiento con anticoagulantes orales y con difícil control de la frecuencia cardíaca, Bloqueo Fasciculado, Cardiopatía Hipertensiva, dislipemia, otros: Edema agudo de pulmón en 2012, en 2013 Trombosis Venosa Profunda, Neumonía, Taquicardia ventricular paroxística, Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

A su ingreso, y a la vista del estado de la paciente, se descarta ictus, mediante la realización de TAC craneal que arroja resultado normal, tal y como se deriva del informe realizado como «urgente» y de la hoja de consulta del Urgencias de la Dra. (...).

Finalmente, y en relación con la posibilidad vislumbrada en la testifical del hijo de la paciente, donde hace alusión a la posible alergia de su madre al Primperán, pues «cree que fue lo que le causó la muerte», además de no encontrar ningún sustento médico, máxime en el estado en el que se encontraba la paciente cuando se le dispensó el Primperán, queda desmentido en su hoja de ingreso, pues entre sus alergias no consta aquella.

Por todo ello, queda probado que la valoración, seguimiento y control de la paciente fue el correcto, adecuándose en todo momento a la *lex artis*, y se llevó a cabo de forma continuada sin demora alguna, a lo largo de toda su estancia hospitalaria. No obstante, la atención prestada no logró, desgraciadamente, evitar el fatal desenlace, derivado de su diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica terminal, acompañado de las enfermedades de base que sufría.

Así pues, no se aprecia nexo causal y, por ende, tampoco daño antijurídico alguno susceptible de indemnización, siendo, pues, conforme a Derecho la Propuesta de Resolución al desestimar la reclamación de los interesados, siendo atribuible el fallecimiento de la esposa y madre de los reclamantes a sus propios padecimientos personales y antecedentes de salud, por lo que no procede indemnizar por los daños sufridos como consecuencia de ello a los reclamantes.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la pretensión de los interesados.