



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 292/2021

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 24 de mayo de 2021.

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 (...), en nombre y representación de (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 230/2021 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de Dictamen, de 14 de abril de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 15 de abril de 2021.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, 45.000 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación 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). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1 apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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. Se cumple el requisito de legitimación activa de las interesadas, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral [art. 4.1.a) LPACAP], como consecuencia del fallecimiento de su hermana, según se acredita mediante la aportación del libro de familia.

Ha de aclararse que la fallecida tenía esposo y una hija, que, como veremos, son llamados al procedimiento por si desearan personarse como interesados, señalándose, acertadamente, al respecto, en el escrito en el que insta a las reclamantes a acreditar su legitimación lo siguiente:

«- En cuanto a la legitimación activa indirecta de los hermanos de (...), se informa lo siguiente:

Sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: “vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida” (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a “parientes más allegados”. Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir marido e hijos, se presume, no requiere prueba

(STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar. Es por lo que se solicita, en el plazo de diez días, aclaración y acreditación de la legitimación activa en el presente procedimiento».

En este procedimiento, tras personarse como interesados el esposo e hija de la fallecida, posteriormente desisten en su pretensión, acreditando, por su parte, las hermanas, su condición de interesadas, por lo que se considera que ostentan legitimación activa, si bien, este caso, actúan mediante la representación, debidamente acreditada (art. 5.3 LPACAP), de (...).

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por las interesadas en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 20 de diciembre de 2018 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del fallecimiento de (...), el 13 de enero de 2018.

II

Las reclamantes instan la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermana, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

« (...) En la madrugada del pasado mes de diciembre de 2017, (...) acude a urgencias en su Centro de Salud de Candelaria, al encontrarse con restos salivares con vetas de sangre, tras haberse realizado recientemente unas extracciones dentales, además de una tos irritativa que no la dejaba descansar. (...) estaba finalizando un proceso catarral en tratamiento y todos los años se vacunaba de la gripe por ser paciente de riesgo. En el curso de la consulta, se observa unos resultados de analíticas (pendientes de sus revisiones nefrológicas) con valores anormales de creatinina, por lo que se acuerda derivar a la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (en adelante, HUNSC).

A pesar de ser habitual en (...) niveles de creatinina anormales como consecuencia de una nefropatía diabética (atípica), diagnosticada hace años y reflejada en su historial clínico, a criterio del facultativo que la valora se decide su derivación al HUNSC para su valoración. Así, el 7 de diciembre de 2017, acude a urgencias del citado hospital donde se le realizaron determinadas pruebas médicas entre otras radiografías de tórax (limpia) y la prueba de gripe A, que resultaron dentro de la normalidad.

No obstante lo anterior, se acordó su ingreso hospitalario para la realización de una diálisis puntual, para poder disminuir niveles, y de no ser así, prepararla para diálisis periódicas según la valoración del nefrólogo que la atendió. Así, en un primer momento, su ingreso fue confirmado en la planta de Nefrología, en la habitación 528. Sin embargo, y tras varias horas en urgencias, a la espera de su ingreso en planta, se les comunica a mis representadas "que en la unidad nefrología/digestivo tienen que hacer cambios porque hay un paciente extranjero que tienen que aislar", perdiendo (...) su cama en la unidad que le correspondía. En la unidad de admisión se decide llamar al nefrólogo que la atendió responsable de la salud de la paciente, para confirmar su autorización y viabilidad si la urgencia de la paciente así lo permite, dando su permiso para que la paciente sea ingresada fuera de la unidad que le corresponde -ectópico- asignándole en la planta de cirugía la habitación 705B.

Durante los días en el que estuvo ingresada la paciente, fue visitada por varios nefrólogos diferentes (...). En este punto, cabe decir que todo el personal, incluido el supervisor (conocedor de los cambios de turnos diarios) que atendió a (...) durante su estancia, jamás asumieron que la paciente pertenecía a su servicio, no proporcionando la calidad asistencial que se merecía, ni siquiera lo mínimo, la ducha, es más ni la miraban porque a la simple observación su semblante y su respiración hablaba que algo no iba bien y no precisamente por su problema renal. Asimismo, señalar que no existía sobrecarga de trabajo en el tiempo que estuvo ingresada (...), dado que era un puente largo (día de la Constitución) y no había quirófanos, por lo que si no hay quirófanos no hay pacientes ingresados, disponiendo de camas libres que precisamente permitió el ingreso en ectópico a (...) en la planta 7 sur.

(...) A (...) no le informan qué nefrólogo es el responsable, y lo más que le dicen es que están pendientes para hacerle la diálisis, resaltando en este punto que tardaron 7 días para hacerle una diálisis. Resulta curioso que durante ese tiempo no hubo ninguna alta en la planta 5 norte, dado que la paciente tenía prioridad para ingresar en la planta que le correspondía por estar fuera de la unidad.

Con independencia de lo anterior, el miércoles, (...) presenta los primeros problemas alarmantes para su familia de respiración, acudiendo a la habitación en rutinaria toma de constantes una enfermera, sin identificar, que le toma constantes así como saturación, marcando una saturación de 62. Tras colocarle la mascarilla de oxígeno, aerosoles y estando intentando remontar esa insuficiencia respiratoria, se marcha desconociendo si se lo comunicó o avisó al médico de guardia o comunicó los resultados de saturación para su posterior valoración por un facultativo.

Al día siguiente, jueves, la insuficiencia respiratoria de (...) empeora, informando sus propios familiares al personal sanitario que allí se encontraba sobre su estado de salud, incluso una de sus hermanas informa a las enfermeras su saturación era de 62, hecho que resultó discutido por ambas enfermeras, momento de conflicto y de pedir responsabilidades. Ese mismo día jueves por la tarde/ noche, y a consecuencia de la inquietud de los familiares, le comunican que (...) padece de gripe A lo cual resulta asombroso dado que no se ha activado ningún protocolo, ni se ha informado a la paciente ni a sus familiares, niños durante todo el tiempo el que se le visitó sin ninguna protección, así como, el propio hecho de que (...) estuviera compartiendo habitación con otras personas, sin el correspondiente aislamiento.

Cabe recordar que en urgencia le realizaron una prueba de gripe A resultando negativo (...).

Ante esta situación, los familiares ruegan que se les informe sobre las pruebas que se le han realizado a (...) dado que durante todo este tiempo no se ha comunicado ni a la paciente ni a los familiares sobre su situación médica. Solamente le indican que un facultativo, según refieren, apellidado (...). había solicitado un scanner así como una fibrobroncoscopia, (por las pruebas específica deduce la hermana que es neumólogo) sin que a esa fecha se hubiese realizado, no siendo informados sobre el día fijado para dicha prueba.

(...)

Ese mismo día, jueves y ante la enorme preocupación de los familiares, viendo que corre riesgo su vida y así se lo manifestaron a la enfermera requieren por el busca a los facultativos para que valoraran a la paciente. Sobre las 10:30 de la noche, (...) va a visitar a su hermana (4 y 5 veces al día era lo habitual) con la idea de quedarse esa noche con ella, en el pasillo la toca y le para la enfermera con la que hablo 2/3 horas antes y le dice textual "mira para que te quedes más tranquila y quedarme más tranquila yo, llame a los médicos de guardia" a lo que (...) responde lo que tenías que hacer!, acuden dos médicos femeninos,

sin presentarse y sin estar identificadas a auscultar a (...), ambas auscultan en presencia de su hermana a (...) una por cada lado al mismo tiempo, las cuales, tras examinar a la paciente, solo auscultar refieren de manera textual que "ella está mejor que hace dos días". Sin embargo, la hermana de (...), (...), al recibir tal impresión médica y conocedora de los problemas que ha padecido su hermana y que no se le ha atendido, les comunica que "(...) no está bien, está respirando como si tuviera líquido en el pulmón". Insisten las facultativas que "no, que eso son los tóxicos que tiene el organismo porque no se le ha hecho la diálisis". (...) añade está respirando como si tuviera un EPOC, a lo que contestan es que tiene un epoc pero no lo tiene diagnosticado (lo que no está diagnosticado no se tiene) y que eso es porque (...) es fumadora a lo que su hermana contesta que a pesar de ser su hermana fumadora, no ha tenido el síndrome de abstinencia ni el efecto craving, que caminaba siete kilómetros diarias y que era trabajadora activa, que su adicción a la nicotina no es tan grande que justifique esa respiración. Las facultativas insisten que NO, que son los tóxicos que tiene en el organismo porque no se le ha hecho la diálisis y que el EPOC lo tiene pero que no está diagnosticado".

(...), preguntaba a los médicos que si no cree que en su opinión, por un lado va lo de Nefrología, y, la insuficiencia respiratoria de (...) va por otra vía otra patología que se está enmascarando, y que no tenía nada que ver una cosa con la otra. Recibiendo como respuesta una negativa y que le pautarían una pastilla para que durmiera bien por la noche porque al día siguiente viernes 15 igual no era seguro porque tampoco, confirmaron que le harían la diálisis. Los familiares, su hermana en concreto, objetaron la administración de un relajante ante el estado de insuficiencia respiratoria que tenía y que estimaban perjudicial, así los médicos optaron por pautar codeína para la tos, es más estaban tan seguras de su diagnóstico que textualmente le dijeron a (...) al preguntar cuando regresaría a casa, la paciente estaba temerosa sufriendo psíquica y físicamente ante tanta incertidumbre y viendo el tiempo que transcurría y no encontraba mejoría y lo que deseaba era su regreso a casa. "(...) si mañana te hacemos la diálisis y todo va bien te la repetimos el sábado y el domingo te damos un permiso a casa" (...).

Pese a que los médicos continuaban manifestando que todo estaba correcto", durante el viernes 15 de diciembre, se le intenta realizar una prueba de fibrobroncoscopia (de esta prueba la familia se informa días después), sin embargo resultó imposible dada la tos que presentaba (...) aun así con esa insuficiencia respiratoria y con una prueba que no se le pudo realizar justificarla merma su estado respiratorio bronquios y pulmones a continuación se le realiza la diálisis, con el consiguiente cateterismo de HITMAN, y sedación con su insuficiencia respiratoria y, después de haber transcurrido 8 días desde su ingreso. Tras la realización de dicha prueba, (...) presente fiebre y una saturación muy baja. Los familiares llaman con carácter urgente y acude el personal sanitario que informa que avisara a la Nefróloga de guardia. Así, a las horas acude una nefróloga apellidada Hacker, valora a la paciente de forma reservada y tras dicha actuación comenta a los familiares que (...) está bien". Esta

manifestación crea un enorme desconcierto al familiar dado el deplorable estado en el que se encontraba(...), su estado de salud había empeorado notablemente y esto preocupaba enormemente a sus familiares. En este contexto, la familia en situación límite le dice a la nefróloga "que su hermana no está bien a lo que ella contesta que ella no tiene que estar perdiendo el tiempo con los familiares esto es textual a lo que textual responde su hermana "de acuerdo no pierdas ni un minuto más de tu vida hablando con esta familia haz lo que tengas que hacer y hazlo ya y atiende a mi hermana, tú no eres la nefróloga ¿Que Atiendan a su Hermana, Que Hagan Lo Que Tengan Que Hacer, Pero Que La Atiendan", a lo que su hermana se niega seguirla escuchando por la eminente urgencia vital que presentaba su hermana, ante esta situación decide donde la familia obliga que actúe le comunica que va a llamar a rayos.

A continuación, llaman al portátil de rayos y, se realiza una radiografía a la paciente en su habitación. Tras el resultado, una neumonía en curso entra en la habitación un segundo facultativo y de inmediato, deciden el traslado de (...) por su estado de gravedad a la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) ingresándola en el módulo 2 box 14 por neumonía nosocomial (...).

(...)

Al día siguiente, el 16 de diciembre, -durante el periodo de visitas de tarde- y debido al empeoramiento del estado de salud de (...), se comunica sin más detalle a los familiares que habían sedado a la paciente.

Llegados a este punto, cabe preguntarse el motivo por el cual se llegó a la sedación y a su entubación, dado que ya estaba con diálisis y con funcionamiento renal activado. Estas pruebas se realizaron no sólo sin conocimiento de los familiares sino sin ni siquiera consentimiento informado por parte de los familiares ni de la propia paciente.

A primera hora del día siguiente y ante las dudas surgidas con lo sucedido, mi representada solicita información a los médicos de dicha unidad, cuya respuesta se limitó a indicarle que al realizarle la prueba se le hizo un hematoma, añadiendo que es un efecto secundario que rara vez pasa, refiriendo los facultativos que la prueba había sido realizada por un residente-4. Sin embargo, a otros familiares se les informó que lo ocurrido fue por un neumo-hemotórax lo peor que le podía suceder a partir de aquí era una muerte anunciada, su estado era crítico, grave, gravísimo (...) Dichas contradicciones hicieron más latente la mala praxis y el escaso atendimiento llevado a la paciente.

Pese a todo ello, no fue sino pasado un día cuando se informa realmente a los familiares de la gravedad de lo sucedido, según refieren los médicos intensivistas, al ponerle a (...) una vía central le perforan la pleura haciéndole un neumohemotorax con colapso pulmonar, con un pronóstico gravísimo. (...)

Pese al grave estado de salud de la paciente, se programó una intervención con el cirujano torácico tres días más tarde, sin mediar consentimiento informado para este tipo de intervención. Dicha intervención consistía en la colocación de un Pleurovac, consistente en un sistema de drenaje con sello bajo agua, que se conecta a un catéter, tubo o sondaje toracotomía, para extraer el aire o el líquido, sangre fuera del espacio pleural (Tórax). El drenaje torácico o popularmente conocido como "pleurevac". Es un sistema de drenaje que facilita la eliminación del contenido líquido o gaseoso formado en la pleura a través de la colocación de un tubo endotorácico. El objetivo principal de estos drenajes, es drenar y liberar la cavidad pleural o mediastino de la presencia anormal de aire, líquido o sangre excesivo.

(...)

Además de todo lo anteriormente realizado a la paciente, se le diagnostica una infección generalizada, por bacterias, hongos, virus, que es tratado con antibióticos, le obliga a estar además aislada y con diálisis continuas.

Es relevante que durante todo el tiempo en el que estuvo ingresada (...), ninguno de los profesionales que la atendieron adoptaron medidas preventivas ni los protocolos tendentes a su recuperación, excepto en UVI ante septicemia o infección generalizada, empeorando cada día su estado de salud. Incluso se le realiza una traqueotomía, autorizada por la familia.

Así como la ausencias de consentimientos informados obligatorios para autorizar realizar dichas técnicas a la paciente.

En fecha 13 de enero de 2018, informan a la familia de que a (...) no se le controlan sus constantes por lo que se le mantiene con la dosis máxima de noradrenalina, presentando su cuerpo moratones como consecuencia de la misma. También presenta un fallo en los riñones y en el intestino y en el hígado. En ese mismo momento los familiares constatan de forma incrédula como el mecanismo de la diálisis que mantenía viva a (...) se encontraba desconectada, máxime cuando se requiere de un consentimiento previo por parte de los familiares, que en este caso no hubo, tampoco respuesta alguna sobre la desconexión. es esta desconexión la causa del fallo multiorgánico que sufre. (...) en las últimas horas de vida de (...), acompañada de sus familiares, se valoró que el nivel de conciencia de la paciente no estaba controlado por ningún opiáceo, cayéndole lágrimas en los últimos minutos de vida. (...) ».

Como consecuencia de ello, las reclamantes solicitan una indemnización que asciende a 45.000 euros por los daños morales sufridos.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el

plazo máximo para resolver. 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 (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 28 de diciembre de 2018 se identifica el procedimiento y se insta a las reclamantes a mejorar su reclamación, de lo que reciben notificación el 4 de enero de 2019, viniendo a aportar lo requerido el 18 de enero de 2019.

- El 21 de enero de 2021 se insta nuevamente a aportar nueva documentación a las reclamantes, de lo que reciben notificación el 23 de enero de 2019, viniendo a aportar lo solicitado el 1 de febrero de 2019. En esta fecha se otorga apoderamiento *apud acta* a la representante, y se aporta libro de familia y datos del viudo y la hija de la fallecida.

- En fecha 11 de febrero de 2019 se remite escrito al (...) y (...), viudo e hija, respectivamente, de la fallecida, a fin de que manifiesten su interés en personarse como parte en el procedimiento, de lo que reciben notificación el 21 de febrero de 2019.

- Por medio de escrito presentado el 7 de marzo de 2019, mediante representante acreditado mediante apoderamiento *apud acta* que se otorgará el 6 de noviembre de 2019, el viudo e hija de la fallecida se personan como parte interesada en el procedimiento que nos ocupa.

- El 8 de marzo de 2019 se insta a todos los reclamantes a que nombren a un representante común, de lo que reciben notificación el 14 de marzo de 2019. No obstante, no se nombra tal representante.

- Mediante Resolución de 22 de mayo de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación formulada, lo que se notifica a los interesados los días 27 de mayo de 2019 y 11 de junio de 2019.

- El 23 de mayo de 2019 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que lo emite el 17 de septiembre de 2019, tras haber recabado la documentación oportuna: Copia íntegra de la Historia clínica completa obrante al Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de La Candelaria (CHUNSC), informe del Servicio de Nefrología del CHUNSC, informe del Servicio de Medicina Intensiva del citado centro, así como informe del Servicio de Medicina Preventiva del mismo centro.

- A efectos de abrir trámite probatorio, el 18 de octubre de 2019 se insta a los reclamantes a proponer los medios de prueba que estimen oportunos, y, en caso de testificales, como anuncian las hermanas en su reclamación, se solicita que se concreten los testigos y se aporten pliegos de preguntas para cada uno de ellos. De ello reciben notificación los reclamantes el 24 de octubre de 2019.

- El 6 de noviembre de 2019 se otorga por el viudo de la fallecida poder de representación a quien actúa en tal condición, y, en esta fecha, éste, solicita determinada documentación que se le entrega en el acto, proponiendo el 7 de noviembre de 2019 prueba documental consistente en el expediente administrativo que incluye la historia clínica de la paciente, y testifical por comparecencia del personal que atendió a aquélla.

Instado, el 12 de noviembre de 2019 a que concrete los testigos y aporte pliegos de preguntas, de lo que recibe notificación el 19 de noviembre de 2019, no se aporta nada al respecto.

- Por su parte, las reclamantes solicitan suspensión para la concreción de los testigos y la aportación de las preguntas el 7 de noviembre de 2019. Concedida la suspensión, de lo que reciben notificación el 13 de noviembre de 2019, en esa misma fecha comparece persona debidamente autorizada por la representante de las reclamantes a fin de solicitar copia de determinada documentación se le entrega en el acto, aportando listado de testigos y pliegos de preguntas el 19 de noviembre de 2019.

- El 15 de enero de 2020 se dicta acuerdo sobre probatorio en el que incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, y se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por los interesados, si bien, no la genérica del personal sanitario que atendió a la paciente, solicitada por el viudo e hija, y limitando a dos especialistas por materia las testificales solicitadas por las hermanas de la paciente. De ello reciben notificación los reclamantes el 23 de enero de 2020.

- Mediante escrito presentado por el representante del viudo e hija de la fallecida el 28 de enero de 2020 se comunica el desistimiento de éstos en el procedimiento.

- Tal como se acordó, el 13 de julio de 2020 se insta a las reclamantes para que limiten a dos el número de testigos por especialidad, lo que se reitera el 13 de

octubre de 2020, de lo que reciben sendas notificaciones el 17 de julio de 2020 y el 16 de octubre de 2020, sin que conste la aportación de lo requerido.

- Tras notificarse a las reclamantes, a fin de que pudieran comparecer, se practican las pruebas testificales en distintas fechas, con el resultado que obra en el expediente.

- El 12 de marzo de 2021 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que son notificadas las reclamantes por vía telemática el 13 de marzo de 2021, presentado escrito de alegaciones el 29 de marzo de 2021.

- El 8 de abril de 2021 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de las interesadas, que es remitida a este Consejo para ser sometida al preceptivo dictamen.

IV

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

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica de la paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En el mismo se hace constar:

«1.-La paciente (...) presentaba como AP hipotiroidismo, enfermedad de Graves Basedow bilateral, tras tiroidectomía total la paciente queda hipotiroidea, cirugía ocular con descompresión orbitaria en 2004.

Cirugías oculares posteriores por retracción palpebral, osteoporosis, hipoparatiroidismo postquirúrgico, diabetes tipo II, nefropatía diabética, HTA, insuficiencia venosa periférica, insuficiencia renal crónica grado IV ya en agosto de 2015, obesidad, fumadora de 1 caja y media o 2 al día, probable EPOC secundario a tabaquismo. Fallece el 13 de enero de 2018 en el HUNSC, disfunción multiorgánica.

2.-Primera visita al Servicio de Nefrología del CHUNSC por nefropatía diabética el 22 de enero de 2014, edad de 47 años, es remitida por el Servicio de Endocrinología del CHUNSC en diciembre de 2013 por nefropatía establecida, para valoración y seguimiento.

Diagnosticada de insuficiencia renal a filiar, se solicitan en esa fecha distintas pruebas diagnósticas como Ecografía, Radiografías y Electrocardiograma.

El 5 de mayo de 2016, tras visitas sucesivas al Servicio de Nefrología, se anota que previamente a la visita hay empeoramiento de la función renal habiéndosele explicado lo que

es una enfermedad renal crónica e insistido en la dieta y tras ser remitida a nutricionista. Poco cuidada. Aumento progresivo de la creatinina.

En este día se anota por dicho servicio que la paciente sigue sin cuidarse, se insiste en cuidados, dieta, se le habla del tratamiento renal sustitutorio.

Dado el caso remiten a ERCA (es una consulta especializada para el tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Es una consulta que se encarga de la atención personalizada a las personas que tienen una afectación importante de la función renal, generalmente un filtrado glomerular estimado [glosario] inferior a 20 o 30 ml/min.

Además de los cuidados y tratamientos necesarios de la enfermedad, en esta consulta los pacientes recibirán información y educación adecuada, no sólo sobre la enfermedad renal, sino también sobre las opciones de tratamiento de la misma.

En la consulta de ERCA, el paciente es atendido por un equipo de profesionales que incluye personal médico y de enfermería, también dietistas, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros. El seguimiento es más estrecho que el de la consulta de Nefrología General. El paciente acude con mayor periodicidad, se le realizan analíticas, exploraciones, ajustes de medicación con frecuencia, tiene una relación más cercana con las personas que forman el equipo de la consulta ERCA).

En mayo de 2016 la creatinina es de 1.74, el filtrado glomerular es de 31.

El 31 de mayo de 2016 se anota en historia clínica de ERCA: la "Ecografía abdominal muestra litiasis múltiple biliar sin signos de complicación, riñones de tamaño y grosor parenquimatoso conservado, aunque con aumento de la ecogenicidad, lo que sugiere nefropatía médica, sin daño salvo 2 quistes renales derechos.

No datos de uropatía obstructiva. Resto abdomen normal.

A su vez controles sucesivos con el Servicio de Endocrinología del CHUNSC siguen los controles en ERCA hasta que el 17 de enero de 2017 exponen en historia clínica que ha empeorado analíticamente mucho en poco tiempo, no ha hecho dieta. La creatinina es de 3,73, el filtrado glomerular es de 12, alteración persiste en el metabolismo calcio-fósforo, se realizan controles analíticos, tensionales, dieta, tratamientos, y recomendaciones diversas como dieta, ejercicio, medicaciones, etc (...) Pérdida de seguimiento por Nefrología, no acude a las últimas revisiones.

3.-El 7 de diciembre de 2017, la paciente con 51 años acude a urgencias hospitalaria de CHUNSC tras ser remitida desde el Centro de Salud de Candelaria por hemoptisis.

El informe de Atención Primaria expone: "que la paciente está con tos y flema desde hace 1 semana., refiere que esta noche ha tenido esputos sanguinolentos, de sangre roja, con murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho con roncus aislados, se remite a valorar".

En la anamnesis en el Servicio de Urgencias el médico expone en historial clínico: "paciente mujer de 51 (...) refiere desde el lunes día 4 de diciembre cuadro catarral, con tos, flema blanquecinas, escalofríos, malestar general, comenta que desde la noche del día 6 comenzó a expectorar flemas acompañadas de restos de sangre, sintiéndose mas cansada. No refiere otra clínica "a la auscultación pulmonar: crepitantes bibasales, roncus dispersos, sibilantes espiratorios. Diagnóstico de sospecha hemoptisis a filiar origen, se realiza analítica, Rx de tórax.

En urgencias se objetiva creatinina de 8 mg/dl, sin alteraciones electrolíticas relevantes, permanece en su estancia en urgencias con HTA, se solicita valoración urgente el día 7 de diciembre de 2017 al Servicio de Nefrología.

El Servicio de Nefrología valora a la paciente el mismo día 7 de diciembre de 2017, a las 07:35 horas, refiriendo que ha estado con tratamiento antibiótico empírico, debido al cuadro respiratorio infeccioso previo además de aerosoles, y en el día de hoy presenta esputos hemoptoicos previos, niega fiebre así como sensación distérmica, no dolor torácico, refiere mal control tensional por no adherencia al tratamiento y que sigue fumando en forma severa.

Hace una semana náuseas alterando diarreas con estreñimiento.

Refieren el Nefrólogo que valora a la paciente "en seguimiento por ERCA, no cumple la dieta ni el tratamiento, refiriendo la paciente que del tratamiento solo toma una pastilla para el riñón, en la analítica solicitada se observa una creatinina de 8,33.

El EKG muestra taquicardia sinusal a 110 latidos/minuto.

La Radiografía de tórax se observa aumento del índice cardioráxico, redistribución vascular de predominio en bases, cifras de TA aumentadas, algún crepitante bibasal. Abdomen normal. Diagnóstico al ingreso es de:

1. Hemoptisis ? y 2. ERA reagudizada probablemente secundaria a gastroenteritis mas infección respiratoria, y sdr diarreico.

Posteriormente se valora tras el ingreso a las 10:57 horas, se solicita igualmente: "ECO urgente de abdomen, serología vírica urgente solicitada para hemodiálisis."

La Ecografía abdominal: demuestra una nefropatía primaria.

Ingresa en Nefrología, familiar esposo informado.

Se instaura sueroterapia. Analítica de control por la tarde. Ingreso en planta de Servicio de Nefrología, anotado a las 19:45 horas del día 7 de diciembre de 2017, el día 8 se solicita cultivo de esputo, Rx, etc (...)

Analítica por la tarde y nueva analítica mañana y el siguiente día. Sin incidencias el día 8, el 9 y el 10. Cifras de HTA que se controlan algo con tratamiento, afebril, glucemias

elevadas que precisan insulino terapia. El 10 de diciembre por la mañana se recoge esputo hemoptoico para analizar, sin dolores. Gafas nasales.

El 11 de diciembre febril debido probablemente en relación a flebitis por vía venosa periférica, se realiza interconsulta a Neumología. Se solicitan 2 hemocultivos, urocultivo y cultivo de secreciones para virus respiratorios, nueva analítica mañana, pendiente Ecocardio, solicitud de nueva Rx de tórax. Las pruebas de gripe A resultan negativas.

El 11 de diciembre de 2017 responden a la interconsulta a Neumología, que solicitan pruebas funcionales respiratorias. Y que la volverán a ver tras su realización. El día 12 de diciembre de 2017 es valorada por Nefrología y se le comenta que quieren iniciar tratamiento con diálisis, la paciente no se lo toma muy bien, llorando se va tranquilizando a lo largo del día. Se sacan nuevos hemocultivos prediálisis.

El día 12 de diciembre se conoce cultivo de esputo con resultado de infección por gripe A. El Servicio de Medicina Preventiva el día 12 de diciembre anota en historial clínica: "la paciente ingreso con cuadro respiratorio el día 7 de diciembre de 2017 y ya llevaba 3 días de evolución. Ha tenido un pico febril aislado durante su ingreso, pero según interconsulta a Neumología se encuentra bien desde el punto respiratorio en la actualidad. Dado que han pasado más de 5 días desde el inicio de los síntomas, no consideramos necesario ningún tipo de precaución adicional".

La paciente permanece estable.

El 13 de diciembre se realiza Ecocardio. Los resultados del mismo: "ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica y función global sistólica conservada, patrón de llenado compatible con alteración de la relajación resto estructuras cardíacas normales, mejor estado general.

El día 14 pruebas de función respiratoria que no se pueden realizar por debilidad generalizada y no colaboración con técnicas respiratorias por la paciente, se esperará que esté mejor, se espera a la próxima semana.

La saturación de oxígeno mejora el día 14.

Analítica se realiza. Tiene un sdr diarreico resuelto.

De la noche del día 14 al 15 la paciente empeora su estado general, Nefrología la valora y habla con su familia.

El 15 de diciembre a las 03:59 horas se anota que mañana se colocará Hickman, catéter necesario para el proceso de Diálisis.

Pendiente fecha de TA C solicitado por Neumología.

Se habla con la familia y la paciente, y se explica la necesidad de inicio de la Hemodiálisis.

El día 15 por la mañana se implanta Hickman en lado derecho, permeable y funcionando, tras ello ira a Diálisis.

A las 15:21 horas del día 15 se realiza la primera diálisis, 2 horas de diálisis. El día 16 se realiza la segunda sesión.

A las 19.46 horas anotan en historia clínica que se realiza Rx de tórax y es valorada por Neumólogos.

A las 20:12 horas es valorado por Neumólogo por dificultad respiratoria. El especialista Neumólogo anota en historia clínica: "ingresa en Nefrología el día 7 de diciembre por cuadro de quebrantamiento del estado general asociado a hemoptisis autolimitada y fallo renal (creatinina de 7-9). Tras una evolución favorable del cuadro respiratorio, precisa iniciar Hemodiálisis por deterioro renal progresivo, el día 12 de diciembre presenta cuadro febril de 38,2 grados, objetivándose positividad de la PCR de aspirado nasofaríngeo para H1N1 (previamente negativo), muestras restantes respiratorias microbiológicamente negativas.

Se asume que el cuadro tiene su inicio en los 5 días previos por lo que se decide no iniciar tratamiento con Oseltamivir y cubrir con antibioterapia por sobreinfección bacteriana con Ceftriazona y Levofloxacino, a pesar de ello, presenta aumento del trabajo respiratorio precisando una alta demanda de O2 suplementario (...) por lo que se nos avisa), en la exploración clínica el Neumólogo observa: "paciente estable hemodinámicamente, afebril (...) crepitantes bilaterales con discreta hipofonesis en base derecha" se realiza gasometría arterial y Rx de tórax y se refiere juicio clínico de: neumonía bilateral por influenza A H1N1 (brote intrahospitalario +/- sobreinfección respiratoria, insuficiencia respiratoria parcial con criterios de Distraes Respiratorio, enfermedad renal crónica agudizada en hipocondrio derecho".

Plan: dado la gravedad del proceso se avisa a UMI, Unidad de Medicina Intensiva.

4.-El día 15 de diciembre de 2017 previa al alta del Servicio de Neumología por traslado a UMI, Nefrología escribe en historial clínico: ERC estadio 5 de etiología no filiada, que presenta cuadro de neumonía con serología vírica positiva al v. influenza A más insuficiencia respiratoria severa, tras ser valorada por el Servicio de Neumología se diagnostica neumonía bilateral de probable origen vírico, insuficiencia respiratoria y ERC, enfermedad renal crónica, estadio 5.

Al ingreso en UMI se ajusta tratamiento antibiótico.

Dado que han pasado mas de 72 horas del resultado de gripe A no se considera ni aislamiento ni tratamiento con Oseltamivir igualmente por este servicio.

En la UMI se realiza intubación orotraqueal, con concentraciones de oxígeno altas, una nueva Rx de tórax evidencia tendencia al neumotórax.

Al realizar la canalización de vía central se produce la complicación de neumotórax, complicación que fue resuelta.

El día 17 al 18 de diciembre empeoramiento hemodinámico, intubada y con ventilación mecánica, al tercer día de ingreso en U MI se añade el diagnóstico de shock séptico. Se realizan Radiografías, Analíticas, cultivos, etc (...) Diagnósticos: neumonía nosocomial más gripe A pandémica, la neumonía surge en el hospital, Enfermedad renal crónica agudizada en estudio, más los previos (...) SDRRA (síndrome de distress respiratorio agudo) severo, neumotórax, shock séptico de origen respiratorio.

Asimismo, se asocia empeoramiento y reagudización de la insuficiencia renal crónica, por lo que se tuvo que asociar técnicas de depuración extrarrenal, y que llevó durante todo su ingreso en UMI.

El día 22 de diciembre mal pronóstico, empeoramiento y se informa a la familia. El 26 de diciembre se diagnostica Aspergilosis pulmonar.

A partir del día 29 hay cierta mejoría clínica, con cuidados intensivos. El día 30 de diciembre está estable.

El día 2 de enero cultivos negativos, mejoría clínica más evidente.

El 4 de enero de 2018 mala perfusión distal, frialdad, lesiones compatibles con isquémicas, livideces, edemas generalizados (...) pulsos presentes, se avisa a cirugía vascular, que responde que no necesitan tratamiento por su parte y son secundarias al empleo de Noradrenalina a altas dosis para el deterioro hemodinámico. Endocrino también valora a la paciente en UMI.

El 5 de enero aumenta la inestabilidad. Se realiza TAC de tórax. Diagnostica derrame pleural derecho y neumotórax izquierdo, engrosamiento peribroncovascular, patrón alveolar en probable relación con el proceso infeccioso (gripe A).

El día 7 de enero regular perfusión periférica, posteriormente mejora algo hemodinámicamente.

Pero al final del día 12 de enero de 2018 la evolución clínica empeora en unas horas. se insta un Síndrome de Disfunción Multiorgánica en pocas horas, íleo parálitico causa no filiada.

Se informa familiares del mal pronóstico vital a corto plazo.

A las 10:06 horas del día 13 de enero de 2018 exitus en presencia de la familia».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible más que la

aplicación de las técnicas sanitarias, diagnósticas y terapéuticas, en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Partiendo de lo señalado, hemos de analizar en el presente caso si se actuó conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos precisos según el alcance de la ciencia médica en el momento de los hechos.

A tal efecto, hemos de analizar cada uno de los puntos de la reclamación de las interesadas, pudiendo detraerse del escrito de reclamación los siguientes:

1) Inadecuada planta de ingreso de la paciente.

Al respecto, es claro el informe del Jefe del Servicio de Nefrología del HUNSC, emitido el 26 de junio de 2019, que señala:

«En relación a la disponibilidad y asignación de camas dentro del hospital y para cada uno de los servicios. Esta actividad depende del Servicio de Admisión. No obstante, y de forma general, el ingreso de un paciente de Nefrología en otra planta distinta a la 5ª Norte (Planta de Servicio de Nefrología y Digestivo), no debería suponer un incremento del riesgo de seguridad para el paciente, dada la organización asistencial del servicio de Nefrología, con un FEA asignado para cada paciente ingresado. En este sentido, (...) estaba diagnosticada de una enfermedad renal crónica estadio 4 secundaria en el contexto de una diabetes mellitus tipo 2 (posible nefropatía diabética), por lo que estaba en seguimiento en la Consultas de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), donde se establecen las estrategias más adecuadas para optimizar el inicio de tratamiento sustitutivo renal una vez que sea necesario. Por este motivo y desde que ingresa el día 07/12/2017, (...) fue asignada al área de Tratamiento Renal Sustitutivo. Durante los tres días primeros días de su ingreso, al ser festivos, (...) fue valorada por el Nefrólogo de guardia y posteriormente, a partir del 11/12/2017, se le asigno un FEA de Nefrología, que como hemos indicado es el responsable para la atención y seguimiento durante todo el proceso asistencial».

Y, en tal sentido añade el SIP:

«El paciente es ingresado el día 7 de diciembre, en otra planta distinta a la de Nefrología por la disponibilidad de camas. Pero, el paciente tiene asignado un médico Nefrólogo.

Cada paciente ingresado informa el Servicio de Nefrología tiene un FEA asignado, o sea un especialista Nefrólogo.

Como los 3 primeros días del ingreso de la paciente en el CHUNSC fueron festivos la atendió el Nefrólogo de guardia como a todos los pacientes de Nefrología, y a partir del día 11 el FEA asignado, y pasa a planta de Nefrología. Los especialistas de guardia atienden en festivos a las patologías de los ingresados según la especialidad.

Tras ingreso el día 7 de diciembre y como la paciente era conocida por el servicio al presentar una insuficiencia renal crónica avanzada fue asignada al área de tratamiento renal sustitutorio, o sea que estaba en las manos adecuadas y expertas para su estado renal.

Según nos informa el Jefe de Servicio de Nefrología Dr. (...) es el área que establece las estrategias más adecuadas para optimizar el inicio de tratamiento sustitutivo renal cuando es necesario. Por tanto el paciente desde el día del ingreso está supervisado y controlado por personal adecuado al caso de la paciente, aunque estuviera unos días previos en otra planta, por las necesidades del hospital en ese momento no por una decisión unilateral de los servicios médicos».

De todo ello cabe concluir que el ingreso inicial en una planta distinta a la de Nefrología no supuso ninguna incidencia en su adecuado seguimiento por el Servicio de Nefrología, que fue el que la atendió tras el ingreso.

2) Por otra parte, se alega por las interesadas un retraso en la realización de diálisis a la paciente tras su ingreso.

Pues bien, el citado informe del Servicio de Nefrología del HUNSC, explica que en el momento del ingreso, la paciente presentaba un deterioro de la función renal sobre sus valores basales (ya partía de un estadio 4 de enfermedad renal crónica) en parte precipitado por un cuadro infeccioso respiratorio, si bien, en ese momento no presentaba indicación para iniciar el tratamiento de hemodiálisis de forma urgente. Ante esta circunstancia y dado los riesgos asociados al inicio de forma urgente de la hemodiálisis y de canalización de catéter transitorio, se decidió iniciar un manejo conservador, mediante sueroterapia intravenosa, control clínico y analítico además de tratamiento específico del resto de diagnósticos.

En los días posteriores, ante la ausencia de mejoría de la función renal, se establece la necesidad de iniciar hemodiálisis de forma programada, informándose a la paciente de ello, mas, la misma no acepta esta actitud terapéutica, constanding en las notas de enfermería, de hecho, que la paciente no se lo toma muy bien, llorando. Es tras explicarles los riesgos y consensuado con familiares (hermanas), cuando, finalmente, la paciente acepta.

Posteriormente, tal y como consta en la historia clínica, señala el informe de Nefrología citado, el 15 de diciembre de 2017, *«es trasladada al servicio de radiología vascular intervencionista donde, tras el consentimiento informado, se le implanta catéter tunelizado yugular derecho sin complicaciones, tras lo cual es trasladada a la unidad de hemodiálisis para la primera sesión de tratamiento. Ésta se realiza sin incidencias y con buena tolerancia hemodinámica, como se recoge en los evolutivos de Enfermería de Diálisis»*.

Así pues, también queda constatado que no hubo *mala praxis* en la realización de hemodiálisis.

3) Se señala también en la reclamación que a la paciente no se le realizaron las pruebas adecuadas a sus patologías durante su ingreso en planta.

Pues bien, como ya señalamos anteriormente, durante los tres primeros días de su ingreso, al ser festivos, fue valorada por el Nefrólogo de guardia y posteriormente, a partir del 11/12/2017, se le asignó un Facultativo Especialista de Nefrología, que es

el responsable para la atención y seguimiento durante todo el proceso asistencial, pues la paciente ingresó con deterioro de la función renal, realizándose por este Servicio las pruebas precisas en atención a su especialidad.

Más, como señala el informe del Jefe de Servicio de Nefrología, además, *«En el momento del ingreso, además del deterioro de la función renal, la paciente presentaba clínica respiratoria, por lo que inicialmente se solicitaron pruebas específicas (radiografías de tórax y serologías incluidas la gripe A) y se estableció tratamiento antibiótico y oxigenoterapia. En los días sucesivos fue evaluada por el Servicio de Neumología por presentar episodios de desaturación en relación a cuadros de broncoespasmos, finalmente diagnosticada de Gripe A. Durante este periodo también se pudo constatar en los antecedentes personales que era una fumadora activa de 1,5-2 cajas/día, y que era probable que cumpliera criterios de diagnósticos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Posteriormente, debido al empeoramiento de los parámetros respiratorios se requirió la valoración por el Servicio de Medicina Intensiva, que determinó su traslado a dicho servicio el día 16/12/2017».*

Por ende, en este punto, y a la vista, además, de los antecedentes que obran en la historia clínica de la paciente, expuestos en el Fundamento IV.2 del presente informe, donde constan todas las pruebas y tratamientos dispensados a la paciente en cada momento a lo largo de su ingreso, ha de concluirse que la actuación de los servicios sanitarios fue conforme a la *lex artis*.

4) Las interesadas reclaman también por las complicaciones derivadas de la canalización de la vía venosa en UMI en dos sentidos, por la producción de Neumotórax, y por el agravamiento de la insuficiencia respiratoria de la paciente.

En relación con el primer aspecto, en el informe de la Jefa del Servicio de Medicina Intensiva del HUNSC, emitido el 1 de julio de 2019, tras explicar que a la paciente, le fue canalizada una vía venosa central, necesaria tanto para la administración de medicación intravenosa: sedación, analgesia, drogas vasoactivas, antibioterapia, etc., como para monitorización de su situación clínica, señala:

«En cuanto a la canalización de la vía venosa central, forma parte de las técnicas de monitorización y es necesaria porque forma parte del estado del arte de la terapia intensiva. Un Residente de 4 año de Medicina Intensiva tiene las competencias adquiridas para llevarlo a cabo, y en cualquier caso siempre, en la Unidad están tutorizados por un Médico Adjunto de la especialidad. Una de las complicaciones que pueden ser derivadas de la colocación de una vía venosa central, y más en un paciente en ventilación mecánica, es la aparición de un Neumotórax, que de forma diligente fue evacuado de manera Urgente por el médico responsable de Medicina Intensiva con colocación de tubo de drenaje pleural. Dadas las

características del paciente, el neumotórax recidivó, motivo por el que se contacta con Cirugía Torácica para recolocación de tubo de drenaje pleural o valoración de otro procedimiento a seguir, decidiéndose por parte del Cirujano torácico en principio reposicionar el tubo, modificar las presiones de aspiración, y más tarde, ante la persistencia del cuadro, colocar uno nuevo en diferente posición».

Por ello, la complicación producida es inherente al procedimiento y se produjo a pesar de la adecuada colocación de la canalización, amén de haber sido resuelta.

En cuanto a la negativa repercusión que tuvo la sedación de la paciente en su insuficiencia respiratoria, según las reclamantes, alegando la falta de indicación de la misma, ha de decirse que son contundentes todas las testificales que constan en el expediente negando tal afirmación.

Así, el especialista en Medicina Intensiva, Dr. (...), cuya testifical se realiza el 17 de diciembre de 2020, afirma que la sedación no agravó la insuficiencia respiratoria porque es parte del tratamiento de la misma y no causó perjuicio a la paciente sino todo lo contrario.

También, la Jefa de Servicio de Medicina Intensiva, Dra. (...), en la testifical realizada el 17 de diciembre de 2020, afirma que la sedación forma parte del tratamiento de una insuficiencia respiratoria. La canalización de vías venosas centrales puede tener complicaciones y así está descrito en la literatura, lo importante es conocer los procedimientos para solventarlas si las hubiera.

5) Se alega por las reclamantes que se produjo un diagnóstico tardío de la Gripe A y un inadecuado manejo de la misma que derive, finalmente, en su fallecimiento.

- En cuanto al supuesto retraso del diagnóstico, por constar una primera prueba negativa y, tras cinco días, positiva, se explica en el informe de Medicina Preventiva, de 12 de junio de 2019, que, si bien en un primer momento, la prueba de cribado frente a virus influenza realizada en el laboratorio de análisis clínicos es negativa, el día 12 de diciembre se vuelve a extraer un lavado nasofaríngeo, que esta vez es procesado por el Servicio de Microbiología, con otra técnica, y cuyo resultado fue positivo.

Al respecto, el informe del SIP aclara:

«Los signos y síntomas del Influenza pueden variar según la edad, el estado del sistema inmunitario y la presencia de afecciones subyacentes que requieren medicación. La Influenza sin complicaciones puede incluir cualquiera de estos signos y síntomas: fiebre, dolor muscular, dolor de cabeza, falta de energía, tos seca, dolor de garganta, congestión nasal y

posiblemente secreción nasal. Los pacientes con Influenza no siempre tienen fiebre, especialmente las personas mayores. La fiebre y los dolores corporales pueden durar de 3 a 5 días y la tos y la falta de energía pueden durar 2 semanas o más, especialmente en las personas mayores. La Influenza puede resultar difícil de diagnosticar en función exclusivamente de los signos y síntomas, porque los signos y síntomas de la Influenza pueden ser similares a los de cuadros causados por otros agentes infecciosos como, entre otros, *Mycoplasma pneumoniae*, adenovirus, virus respiratorios sincitiales, rinovirus, los virus de la Parainfluenza y *Legionella spp.*

(...)

Procedimientos de diagnóstico por laboratorio: Una serie de pruebas pueden ayudar al diagnóstico de la Influenza. Pero no es necesario hacer análisis a todos los pacientes con Influenza presunta. En el caso de pacientes individuales, las pruebas tienen mayor utilidad cuando hay posibilidades de que arrojen resultados útiles en términos clínicos que colaboren con el diagnóstico y las decisiones de tratamiento.

Las pruebas de diagnóstico disponibles para la Influenza incluyen el cultivo viral, pruebas serológicas, prueba rápida de detección de antígeno, reacción en cadena de la polimerasa transcripción reversa (RT-PCR), ensayos de inmunofluorescencia y ensayos moleculares de detección rápida.

La sensibilidad y especificidad de cualquier prueba de la Influenza posiblemente varíen según el laboratorio que la realice, el tipo de prueba utilizado, el tiempo que transcurre entre el comienzo de la enfermedad y la recolección de la muestra, y el tipo de muestra analizada. Entre las muestras respiratorias para el aislamiento viral o la detección rápida de los virus de la Influenza, las muestras nasales y nasofaríngeas tienen generalmente mayor rendimiento que las muestras de hisopado nasal o de garganta. La mayoría de las pruebas de diagnóstico rápido de la Influenza que se pueden realizar en el consultorio del médico tienen una sensibilidad de alrededor del 50 a 70% para detectar la Influenza y aproximadamente más del 90% para casos específicos. Por lo tanto, los resultados falsos negativos son más comunes que los resultados falsos positivos, especialmente durante el pico máximo de la actividad de la Influenza en la comunidad. Las pruebas moleculares rápidas permiten obtener resultados en aproximadamente 20 minutos y tienen niveles de sensibilidad y especificidad altos. Hay otras pruebas moleculares cada vez más disponibles y permiten tener resultados en aproximadamente 60-80 minutos con altos niveles de sensibilidad y especificidad. Pero nunca el 100%.

Las pruebas diagnósticas rápidas para la Influenza (RID T) disponibles comercialmente son pruebas de detección de antígenos que pueden detectar los virus de la Influenza dentro de los 15 minutos con una sensibilidad baja a moderada y una especificidad alta. Algunas pruebas están certificadas por la CLIA y aprobadas para usar en cualquier entorno ambulatorio mientras que otras deben usarse en un laboratorio clínico de complejidad

moderada. Estas pruebas de diagnóstico rápido de la Influenza difieren en los tipos de virus de la Influenza que pueden detectar y en si pueden distinguir entre tipos de virus de la Influenza.

Las diferentes pruebas pueden detectar: 1) los virus de la Influenza A únicamente; 2) tanto los virus de la Influenza A como los de la B, pero sin diferenciar los dos tipos; o 3) tanto la Influenza A como la B y diferenciarlos.

Los ensayos moleculares rápidos son un nuevo tipo de prueba de diagnóstico molecular para la Influenza en especímenes de las vías aéreas superiores con sensibilidad y especificidad altas. Otra plataforma utiliza la prueba RT-PCR, tiene una alta sensibilidad y arroja resultados en alrededor de 20 minutos. La reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) y otros ensayos moleculares permiten identificar la presencia de ARN de Influenza viral en muestras del sistema respiratorio con una sensibilidad y especificidad altas. Pero nunca total».

- En cuanto a las medidas adoptadas tras el diagnóstico del virus, también consta su adecuación a la *lex artis*, explicándose al respecto por el citado informe de Medicina Preventiva, de 12 de junio de 2019 que, dado que el proceso gripal ya tenía más de cinco días de evolución no se consideró necesario aplicar precauciones basadas en la transmisión, siguiendo el procedimiento del HUNSC que a su vez esté basado en los protocolos de los CDC americanos.

El mantenimiento positivo de la muestra frente al virus de la gripe no establece capacidad de difusión más allá de los cinco días establecidos en esos procedimientos de trabajo mencionados.

La necesidad de aislamiento por gotas se establece una vez que hay diagnóstico y se den una serie de circunstancias clínicas y epidemiológicas, no antes de ese diagnóstico y las circunstancias epidemiológicas (habían pasado más de cinco días desde el inicio de los síntomas) ya no se daban en la paciente.

Por otra parte, ha de indicarse que cuando la paciente estuvo ingresada en la planta 7 del HUNSC no hubo casos de gripe secundarios entre los otros pacientes de la planta, luego la decisión de no aislarla estuvo justificada, como reitera el entonces Jefe de Servicio de Medicina Preventiva, Dr. (...), en la testifical realizada el 21 de diciembre de 2020.

- En relación con las complicaciones derivadas de la Gripe A, explica el informe del Jefe de Medicina Intensiva, que la infección por virus gripal predispone a neumonías secundarias en pacientes con factores de riesgo, como los que tenía la

paciente, que, a pesar de sus factores de riesgo, no consta en su historial de Drago AE y Drago AP que estuviera vacunada para esa temporada 17/18.

Por su parte, el SIP señala que las complicaciones asociadas a la Influenza pueden variar según la edad, el estado del sistema inmunitario y las afecciones subyacentes. Algunos ejemplos incluyen el agravamiento de afecciones crónicas subyacentes, enfermedades de las vías respiratorias inferiores, infección bacteriana concomitante invasiva, complicaciones, musculoesqueléticas, neurológicas, fallo multiorgánico.

Pues bien, en este caso, no pueden perderse de vista los antecedentes de la paciente: diabetes tipo II, nefropatía diabética, HTA, insuficiencia venosa periférica, insuficiencia renal crónica grado IV ya en agosto de 2015, obesidad, fumadora de 1 caja y media o 2 al día, probable EPOC secundario a tabaquismo.

Además, está objetivado en la historia clínica que la paciente presenta clínica respiratoria previa a su ingreso hospitalario, que persiste en su estancia, y que estuvo siendo tratada incluso con antibióticos previo al ingreso, días antes.

El especialista de Medicina Intensiva en la testifical practicada el 17 de diciembre de 2021, manifiesta que un paciente se puede contagiar de bacterias y hongos, habiéndose adoptado todas las medidas preventivas y protocolos. Puede suceder cuando es la naturaleza del propio paciente la que da origen a la infección nosocomial. La paciente mejoró con la diálisis pero nunca llegó a estabilizarse y recuperar la función renal basal.

Además, al respecto, aclara el SIP que «La paciente no cumplía ni la dieta, ni el tratamiento prescrito, aun teniendo alterada la función renal y que esta iba empeorando, estando atendida desde el año 2016 por un conjunto de profesionales hospitalarios para enfermedades renales crónicas avanzadas que forman parte del llamado ERCA, al que fue derivada dado el caso, con distintos profesionales que estaban a su disposición, incluso con nutricionista y otros expertos en diversas áreas, teniendo por tanto la paciente perfecta información de su padecimiento y la evolución de la misma».

La neumonía nosocomial, como señala la Jefa de Servicio de Medicina Intensiva, Dra. (...), en la testifical de 17 de diciembre de 2020, es la que se produce después de las 72 horas de ingreso en un hospital. No tiene por qué ser secundaria a un contagio, puede ser debida al sobrecrecimiento de un germen que está previamente colonizando al individuo. Es la propia bajada de niveles de defensas del paciente el

que provoca una infección por gérmenes que están previamente colonizando. El protocolo de tratamiento está en función de las características del paciente, colonizaciones de gérmenes y flora de la unidad donde está ingresado el paciente.

Por tanto, no cabe afirmar que las complicaciones de la Gripe A sean atribuibles a un retraso en el diagnóstico y menos aún a un deficiente tratamiento, siendo todas ellas consecuencia de las propias patologías previas y condición de la paciente, a pesar de los tratamientos dispensados.

6) Por otro lado, se reclama por la falta de información a lo largo de la asistencia prestada, y falta de consentimiento en los tratamientos dispensados a la paciente en la UMI, así como su desconexión al soporte vital en el último momento.

En primer lugar, en relación con la información prestada a la largo del proceso asistencial, debe advertirse que el titular del derecho a la información es el propio paciente, según los arts. 4 y 5.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, si bien, el art. 5 señala que también serán informados los familiares en la medida en que lo permita el paciente, exceptuando el caso de que el paciente, según el criterio médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información (art. 5.3), pues en tal caso se ha de informar a la familia.

Al respecto, consta que la paciente es informada en todo momento de su situación clínica, sus tratamientos y pruebas indicadas y realizadas.

De hecho, en la reclamación, las interesadas lo reconocen al señalar:

« (...) Al preguntarle una de sus hermanas quién era el médico responsable dado que necesitaba hablar con él/ella porque había sido imposible localizarlo, textualmente le contesta, no a la hermana que había realizado la pregunta, sino a la paciente: "(...) para qué quiere su familia hablar con el medico si toda la información se la damos a usted"».

No se niega por la paciente en este momento recibir toda la información.

Además, no puede obviarse que la paciente tenía esposo e hija, siendo aquél informado en el proceso asistencial, así como, en ocasiones las hermanas, sin que pueda exigirse a los servicios asistenciales una información a cada uno de los familiares por separado, amén de a la propia paciente.

Así, el informe del Servicio de Nefrología del HUNSC, de 26 de junio de 2019 indica: *«en la historia clínica, en las notas de valoración al ingreso, viene especificado que*

se informa al esposo de todos los aspectos relacionados con la enfermedad que presentaba la paciente y el motivo del ingreso. Asimismo, en los cursos clínicos evolutivos posteriores y dentro del plan terapéutico, también se detalla que se había informado a la paciente y familiares, explicando que ante la ausencia de mejoría de la función renal tras un periodo controlado de manejo conservador, sería necesario iniciar hemodialis a través de catéter tunelizado permanente. Estos hechos también están constatados por enfermería, donde en sus observaciones/notas, especifica que la paciente no se toma bien la noticia, "llorando tras la información médica recibida"».

Asimismo, el día de la implantación del catéter (15/12/2017), se le informa de este procedimiento y se obtiene consentimiento informado por escrito.

Por su parte, en cuanto a la información y consentimientos recabados tras el ingreso en UMI el 15 de diciembre de 2017, procedente del Servicio de Nefrología, con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria secundaria de Neumonía Nosocomial por Gripe A, estamos ante otro escenario, por lo que el requerimiento de información y consentimientos cambia.

Así, el informe del Servicio de Medicina Intensiva del HUNSC, de 1 de julio de 2019 explica:

«La evolución en las primeras horas de ingreso es desfavorable, por lo que requiere sedación para intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. La intubación orotraqueal es una urgencia vital, y como tal no requiere consentimiento informado. No obstante, en la historia de la paciente, se deja constancia de la información verbal a la propia paciente sobre dicho procedimiento. De forma rutinaria, se informa sobre los procedimientos más frecuentes a llevar a cabo en este tipo de pacientes.

Un paciente que ingresa en Insuficiencia Respiratoria en la UMI, ingresa para que se le instauren medidas de apoyo a la función respiratoria, entre las que se encuentran la ventilación mecánica (no invasiva, o invasiva), porque si este procedimiento no se contempla, no hay indicación de ingreso en Medicina intensiva.

Los tratamientos y tecnología que se utilizan en las UMI, en general, son invasivos, incómodos e incluso dolorosos para los pacientes, algunos de ellos son de larga duración, con riesgos y efectos secundarios. Además, aunque los tratamientos han probado su efectividad, hay ocasiones en que es difícil de evaluar el beneficio para casos individuales, lo que dificulta la valoración del riesgo- beneficio, y por tanto la información mas relevante que precisaría un paciente para tomar decisiones.

La enfermedad hace que la capacidad de muchos pacientes para tomar decisiones esté mermada, cuando no ausente, y la necesidad del ingreso es normalmente urgente, lo que equivaldría, de acuerdo con las excepciones del artículo de la Ley General de Sanidad, a no necesitar el consentimiento informado del paciente».

Efectivamente, la Ley 41/2002 (no la General de Sanidad ya, aunque la excepción es coincidente en ambas normas) prevé en su art. 9.2.b) como causa de excepción de recabación de consentimiento informado la urgencia vital.

« (...)

Durante su ingreso en UMI, se informó a la familia de la mala evolución clínica y pronóstico de la paciente, y así está reflejado en la historia clínica».

Conforme a todo lo expuesto, cabe concluir que los servicios asistenciales actuaron en todo momento conforme a la *lex artis*, sin que el fallecimiento de la paciente guarde relación alguna con tal asistencia, habiéndose puesto a disposición de aquella todos los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios, amén de haber cumplido con las obligaciones de información a la paciente y a la familia en las condiciones exigidas por la Ley, por lo que no existe nexo de causalidad entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento de la Administración.

5. En cualquier caso, y al margen de las consideraciones precedentes, las reclamantes no han aportado prueba alguna que permita relacionar los daños por los que se reclama con el funcionamiento de la Administración.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por las interesadas.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.