



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 406/2022

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de octubre de 2022.

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, tramitado ante la reclamación de indemnización, formulada por (...), en su propio nombre y representación, de su hijo menor (...) y de su nieto, (...), por la asistencia sanitaria prestada a (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 361/2022 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado mediante oficio firmado el 7 de septiembre de 2022 por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 13 de septiembre de 2022), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dado que la cuantía reclamada es superior a 6.000 euros (190.004,00 euros), de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

3. En el análisis a efectuar son de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPACAP) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), por ser las normas vigentes al tiempo de interponer la reclamación de responsabilidad patrimonial por el interesado.

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. En el presente asunto se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), en nombre propio y en nombre y representación del hijo y hermano de la fallecida, ambos menores de edad, por la presunta actuación negligente de los servicios de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud (art. 4 LPACAP). En este caso, dado que la paciente falleció, la reclamación no se realiza *«iure hereditatis»*, (pues no existe un derecho que haya ingresado en el patrimonio de la causante antes de su muerte), sino en nombre de los perjudicados por dicho fallecimiento, en virtud del daño moral personal y patrimonial que el fallecimiento genera en los familiares más directos.

En relación con ello en el Dictamen de este Consejo Consultivo 404/2014, de 7 de noviembre, en relación a la legitimación activa *iure hereditatis* se señalaba:

«Al mantener como hecho imputable al funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria el que constituía la causa de pedir del reclamante inicial, solo puede aceptarse de la esposa interviniente, cuya representación de aquél se ha extinguido, una legitimación activa iure hereditatis; lo que significa que continúa con la reclamación de su cónyuge a título de heredera y causahabiente del mismo, pretendiendo la satisfacción del derecho resarcitorio del marido. Se trata de una sucesión procedimental determinada por la transmisión del derecho sustantivo subyacente regulada en el art. 31.3 LRJAP-PAC en los siguientes términos: “Cuando la condición de interesado derivase de alguna relación jurídica transmisible, el derecho-habiente sucederá en tal condición cualquiera que sea el estado del procedimiento”.

(...) El interesado inicial reclamaba por una lesión, sin precisar, de su derecho a la protección de su salud. Éste es un derecho personalísimo que se extingue con su fallecimiento y por tanto no es transmisible. Pero la lesión de ese derecho genera un derecho de resarcimiento de contenido económico y por tanto transmisible, como resulta del art. 76 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS) que al regular la acción directa contra el asegurador de la responsabilidad patrimonial por daños confiere legitimación tanto al perjudicado como a sus herederos. Esta referencia expresa a los herederos tiene por presupuesto la patrimonialidad del derecho al resarcimiento y por tanto su transmisibilidad.

No hay por consiguiente obstáculo legal a la legitimación activa de la viuda a título hereditario, pero no constando en el expediente que sea la única heredera de su marido,

mientras no acredite la condición de única heredera, hay que considerar que actúa en beneficio de la comunidad hereditaria conforme a la constante y uniforme jurisprudencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo que reconoce legitimación activa a cualquier comunero para ejercitar acciones en beneficio de la comunidad (SSTS de 15 de enero de 1988, de 14 de marzo de 1994, y de 7 de diciembre de 1999, entre otras muchas)».

En el DCC 141/2022, de 8 de abril, reseñábamos:

«Este Consejo Consultivo ha señalado en el Dictamen anteriormente emitido en relación con el presente caso (DCCC 221/2021, de 5 de mayo, recaído en el expediente 370/2019), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, siguiendo su reiterada doctrina emitida al respecto, lo siguiente:

En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

“Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, D.? de se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: “Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como “iure hereditatis”, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4

de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure proprio", las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa" a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis"».

La Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de Octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal al hilo de una reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial derivada de fallecimiento de funcionario como consecuencia de enfermedad contraída por deficientes condiciones de su puesto de trabajo.

Dice este fragmento de la Sentencia:

«Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, (...) de se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos; y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima».

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.

5. 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.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se

delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación de responsabilidad patrimonial, pues el fallecimiento de la paciente se produjo el 11 de diciembre de 2018 y la reclamación de responsabilidad patrimonial se produjo el 5 de diciembre de 2019. La reclamación se interpone, por tanto, dentro del plazo del año a que se refiere el art. 67 LPACAP.

II

Los reclamantes solicitan una indemnización por importe de 190.004 euros por el fallecimiento de (...), de 30 años de edad, adjuntando a su escrito, además de los libros de familia y el certificado de defunción, informe médico pericial de (...), con las siguientes conclusiones:

«-Considero que ha existido una infracción de la lex artis ad hoc en la actuación médica realizada por el Servicio Canario de la Salud sobre (...), en la actuación de Urgencias de Atención Primaria desde el 4 al 6/12/18, y que desembocó en su fallecimiento

-Se puede establecer una relación de causalidad entre las actuaciones mentadas anteriormente, y la consecuencia final: fallecimiento el 11/12/18 a las 12.55 por la insuficiencia respiratoria aguda por hemorragia alveolar; shock séptico refractario, coagulación intravascular diseminada».

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

1.1. Se interpone reclamación de responsabilidad patrimonial por (...) el 5 de diciembre de 2019, en nombre propio y en nombre y representación del hijo (...) y hermano (...) de la paciente fallecida (...), ambos menores de edad, por la presunta actuación médica negligente ocurrida en el Servicio Canario de la Salud entre el 4 y 6 de diciembre de 2018.

1.2. Mediante escrito de fecha de 12 de noviembre de 2019, se requiere a los reclamantes a fin de que subsanen y mejoren la reclamación formulada presentándose, con fecha de registro de entrada en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de 30 de diciembre de 2019, la documentación requerida.

1.3. Con fecha de 3 de febrero de 2020, se dicta Resolución de admisión a trámite de la reclamación formulada.

1.4. Con fecha de 6 de junio de 2022, se remite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, informe de esa misma fecha así como documentación clínica, en relación al objeto de la reclamación.

Se señala la siguiente relación de hechos:

«1.- Mujer de 30 años afecta de colitis ulcerosa, diagnóstico sobre 2011. Madre de un hijo.

La paciente debido a su enfermedad sigue un tratamiento específico, con control especializado hospitalario.

La paciente a lo largo de los años ha estado con diversos tratamientos, con diferentes nombres comerciales y cuyos componentes genéricos o principio activo son: Azatioprina, Mesalazina, Mercaptopurina, Infliximab, corticoides (...) unos antiinflamatorios, otro inmunosupresor y otro un anticuerpo.

Paciente con colitis ulcerosa extensa.

En el momento de estos hechos tenía tratamiento pautado (no sabemos si lo estaba tomando en esos momentos) con Mercaptopurina (inmunosupresor) y la Mesalazina (nombres comerciales: Pentasa o Salofalk, y es un antiinflamatorio). También tenía pautado Infliximab que es un anticuerpo, medicamento biológico, antiinflamatorio, utilizado 1 vez cada 8 semanas, de forma hospitalaria.

2.- El 4 de diciembre la Sra. paciente acude al Centro de Salud, Servicio de Urgencias del Calero.

El motivo de consulta es odinofagia. Refiere cuadro de odinofagia asociado a rinorrea acuosa y pico febril anoche de 38 grados centígrados.

Resumen de la exploración física: buen estado general, eupneica, normohidratado, normocoloreado, consciente y orientado. Faringe hiperémica sin exudados con aftas en dicha zona. Diagnóstico faringitis vírica.

Para casa Prednisona de 30 mg 1 vez al día por 3 días.

Se explican normas de evolución y síntomas de alarma y si es así volver. Control por su médico de A.P.

3.- El mismo día 4 de diciembre, posteriormente, acude a médica de familia del Centro de Salud de San Gregorio que valora a la paciente y anota: "refiere dolor de garganta de hasta 24 horas de evolución con fiebre de hasta 38 grados centígrados, odinofagia sin disnea, rinorrea con mucosidad sin tos ni flema. Diagnóstico faringitis viral. A la exploración no

adenopatía, a la auscultación sin ruidos sobreañadidos. Tto Paracetamol e hidratación abundante. Toma de ctes por enfermería normales, sin fiebre”.

4.- El 6 de diciembre de 2018 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Calero a las 04:25 horas, de madrugada, motivo de consulta: dolor de garganta y fiebre, cuadro de dos días de evolución de odinofagia. Ambiente epidémico familiar. Fiebre máximo 38 grados y tos con expectoración., ctes normales. Malestar general.

Realizan exploración general: consciente, orientada (...) palidez cutánea, normoperfundida, normohidratada, eupneica, orofaringe hiperémica con lesiones vesiculosas en pilares anteriores y úvula. Adenopatías laterocervicales una a cada lado, rodadera. Auscultación cardiopulmonar normal.

Pruebas: Pulsimetría con saturación de O2 del 99%. medición de ctes vitales normales. Diagnóstico faringitis viral, tto Nolotil en ampolla (Metamizol).

Tratan con Metamizol IV según informes.

Tras la administración de Nolotil la paciente presenta mejoría del estado general, pero baja la tensión arterial con cortejo vegetativo, tras decúbito y elevación de piernas presenta mejoría de la tensión arterial. Pautan Paracetamol para casa y nolotil capsulas. Normas de evolución, volver si síntomas de alarma y control su médico.

El Metamizol cápsulas lo tenía pautado la paciente desde noviembre de 2018.

5.- La paciente vuelve a acudir el 6 de diciembre al Centro de Salud del Calero, esta vez al médico de cabecera a las 09:53 horas.

El 6 de diciembre de 2018 acude al Centro de Salud del Calero con dolor de garganta y fiebre.

Acude por cuadro de odinofagia y tos de 2 días de evolución.

En las últimas 24 horas vómitos alimenticios con bilis en número de 2 con fiebre, epigastralgia, niega diarreas.

Realiza exploración general exhaustiva.

Encuentra faringe hiperémica sin exudados con punteado rojo en el fondo, no vesículas, no meningismo, no adenopatías laterocervicales. ACP sin ruidos añadidos. Tonos cardíacos rítmicos. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación de epigastrio, no masas, ni megalias, Blumberg negativo. Valoración de pulsos (...) .control de ctes. de tensión arterial, de temperatura 37,5 grados, glucemia (...) .EKG dentro parámetros normales. Saturación de oxígeno del 97%. No signos de isquemia (...).

Tras tto de Paracetamol, Buscapina, Primperan, Ranitidina, no mejora dolor abdominal, instauran sonda nasogástrica y observan secreción en pozos de café.

Se remite al CHUIMI por dolor abdominal sin mejoría y vómito en pozo de café.

6.- Llega al CHUIMI a las 15 horas del día 6 de diciembre de 2018. Motivo: dolor abdominal.

Anotan: "Mujer de 30 años que refiere desde hace unos días cuadro de odinofagia que va empeorando en los últimos días, también refiere tos con expectoración, no dolor torácico ni dificultad respiratoria. Con dolor epigástrico sin otra sintomatología salvo 1 vómito esta mañana."

A la exploración anotamos como a destacar: "levemente disneica, auscultación cardíaca normal, auscultación respiratoria crepitantes hasta campos medios. Abdomen nada patológico a la exploración. Constantes normales con temperatura de 36,5 grados centígrados. Saturación de oxígeno del 98 %.

Se realizan Radiografías de tórax y se hallan condensaciones bilaterales.

En el servicio de urgencias (...) de permanece casi 3 horas la paciente "comienza con mayor trabajo respiratorio, desaturación hasta el 70%, taquicardia, tendencia a la hipotensión y desorientada". Entonces se decide intubación orotraqueal abundante sueroterapia sin conseguir tensiones arteriales normales, se inicia tto con Noradrenalina, interconsulta a UVI. Un familiar ha sido diagnosticado de Cosackie.

Se diagnostica de shock séptico de origen respiratorio, ingreso en Medicina Intensiva, previamente se cogen muestras para cultivo bacteriológico y diversa analíticas y administración de antibióticos vía IV.

La Ecografía abdominal realizada el día 6 por dolor abdominal intenso con cuadro séptico asociado, descubre no hay hallazgos de significado patológico.

El día 7 se realiza video-broncoscopia, por hemoptisis tras intentos realizados el día 6, se hallan escasos restos de sangre.

Se realiza IC a cirugía vascular a Hematología,

Ecocardiograma el día 7 normal. Posteriormente según analíticas y por el Servicio de Hematología se pauta anticoagulación.

El 10 de diciembre sobre las 13 horas cirugía vascular refiere en historial (...) "ingresada por shock séptico presenta isquemia evolucionada de las 4 extremidades (...) dada la mala situación vital no procede ninguna acción este momento, caso de sobrevivir volvernos (sic) a avisar para reevaluar niveles de amputación tanto de manos como de pies.

El 10 de diciembre contesta en historial clínico a la interconsulta realizada el Servicio Hematología hospitalario" nos realizan IC por mujer de 30 años ingresada en UMI con shock séptico más hemorragia alveolar y CID (...) Control de la coagulación tras inicio de Heparina (...) dado el predominio trombótico del cuadro clínico, no recomendamos administración de

hemoderivados en ausencia de clínica hemorrágica (...) si sangrado avisar de nuevo, control mañana a las 07 horas”.

Es avisada de nuevo el Servicio de Hematología a las 04 del día 11 de diciembre, horas por presentar la paciente “sangrado cutáneo-mucoso, se realiza TAC en la que se objetiva colitis isquémica y se consulta con CGD para intervención de la paciente (...) . Nuevo control tras intervención”.

El día 22 (sic) el servicio de cirugía general anota:” solicitan valoración mujer de 30 años ingresada en UMI por IRA secundaria a infección respiratoria más hemorragia alveolar (...) en TAC de abdomen con imágenes sugestivas de colitis isquémicas en colon dr (...) Probable isquemia mesentérica (...) . Lesiones isquémicas agudas corticales renales bilaterales (...) . Signos de hemorragia alveolar bilateral de predominio izquierdo (...) (...) .se decide intervención OX urgente, se habla con los familiares sobre la situación actual y el mal pronóstico de la paciente , que entienden y firman el CI”.

Realizan Laparotomía exploradora se valora todo el intestino que presenta palidez generalizada sin signos de isquemia o de sufrimiento (...) se informa a los familiares de la paciente, ingresa de nuevo en UMI.

El informe del servicio de UMI, servicio (...) de ingresa el día 6 de diciembre añade que el motivo de ingreso es la insuficiencia respiratoria aguda: (...) (...) ” A su llegada a UCI la Paciente comienza con insuficiencia respiratoria, con imposibilidad para ventilar, con abundantes secreciones hemáticas a través del tubo que persisten a pesar de la aspiración. Se avisa a Neumología para fibroscopia, a Hematología (...) inestabilidad hemodinámica se instaure”, se instaure ventilación mecánica mas intubación orotraqueal, (...) (...) analíticas, ECO, TAC (...) fibrobroncoscopia, Rx infiltrados pulmonares bilaterales.

El servicio refiere mala evolución desde el ingreso en la UCI, grave inestabilidad hemodinámica, CID, isquemia zonas distales (...) insuficiencia respiratoria grave, fracaso renal agudo, se realiza hemofiltración, sin mejoría con fallo multiorgánico grave, éxitus el 11 de diciembre de 2018 a las 12:55 horas.

Juicio clínico: insuficiencia respiratoria aguda secundaria a hemorragia alveolar, shock séptico refractario, coagulación intravascular diseminada, éxitus letalis.”».

1.5. Con fecha de 10 de junio de 2022, se procede a la apertura del periodo probatorio y al trámite de audiencia, confiriéndosele a la reclamante, un plazo de 10 días a fin de que pudiese formular alegaciones y aportar la documentación que tuviese por conveniente.

1.6. Con fecha de 25 de julio de 2022, por el Servicio de Inspección y Prestaciones, se emite informe complementario:

«Ante la petición de informe complementario requerido dada presentación de alegaciones procedemos a dar respuesta a dicha solicitud.

A.- La paciente (...) es diagnosticada en primera visita al Centro de Salud del SCS el día 4 de diciembre de 2018 de faringitis vírica.

B.-La faringitis vírica tiene como tto. habitual analgésicos, antiinflamatorios y antisépticos.

C.- La Sra. paciente tiene contraindicados los AINES (antiinflamatorios no esteroideos) por su enfermedad de base, la colitis ulcerosa. No sería posible utilizarlos en el caso que nos ocupa.

D.- En las faringitis víricas se pueden utilizar corticoides. Los corticoides tienen un buen efecto antiinflamatorio. La paciente no los tenía contraindicados.

E.-Las faringitis víricas no se tratan con antibióticos.

F.- La paciente dentro de sus tto. tenía indicados los corticoides. Estos se emplearon en periodos de su evolución clínica, cuando tenía crisis de sus padecimientos digestivos, complicaciones etc (...) Se empleaban por tanto en momentos delicados para su salud, junto con el resto de su tto. (inmunomodulares, anticuerpos (...)) y no tuvo problemas, en esos periodos estaba lógicamente expuesta a infecciones por gérmenes presentes habitualmente en el tracto digestivo.

G.- Insistir en que la dosis empleada de corticoides es baja, la duración del tto. corta, un comprimido al día, y la vía era la oral, no sistémica. Por lógica, en cuanto al espacio de tiempo que dispuso le dio tiempo a tomarse mas que dos comprimidos, los días 4 y 5.

No participamos en que la causa de la sepsis sufrida por la paciente fuera el empleo de corticoides y menos teniendo en cuenta la forma y dosis en que se emplearon.

H.- Con respecto al tiempo que transcurre, la paciente estuvo unas 43 horas diagnosticada de faringitis, desde su primera llegada al centro de salud el día 4, hasta que el día 6 de diciembre la clínica no es la misma, aparece dolor abdominal, vómitos (...) por tanto, cuando llega al C.S. del Calero el día 6 a las 9 horas y 54 minutos, la clínica había cambiado y se añade a la faringitis el dolor abdominal, epigastralgia, vómitos, entonces es derivada al hospital a la 01:35 horas, pasan hasta este momento 51 horas no transcurren 3 días, sino prácticamente 2.

Cuando la clínica no es compatible con el diagnóstico inicial se deriva.

No creemos había razones para trasladar a la paciente a un hospital el día 4 o el 5 con el diagnóstico de faringitis viral y sin otra clínica."

I.- El tiempo que estuvo en el Centro de Salud antes de ser derivada al Hospital estuvo siendo valorada y en tratamiento. Se le hicieron pruebas, exploraciones, etc, (...) estuvo atendida como decíamos en informe previo, no se la pudo atender a las 14:39 horas como se

afirma en la reclamación. A esa hora tenía que haber sido ya explorada (ya que se le realizó en el Calero: EKG, auscultación, exploración general, sonda nasogástrica, toma de ctes, glucemia, temperatura, tratada con sueros etc) y así poder llegar al Hospital Insular a las 15 horas (hora en que llega a éste)».

1.7. Con fecha de 30 de junio de 2022, por la reclamante se presentan alegaciones en trámite de audiencia y un nuevo informe pericial que trata de desvirtuar los informes médicos del SCS. Reproducimos parte de su contenido:

«C) Análisis de los informes del Servicio de Inspección

“1) Informe de la Doctora (...).

Respecto a lo reflejado en este informe, este perito considera necesario hacer varios comentarios:

El hecho de que el tratamiento hospitalario con infliximab no estuviese descrito en el historial de Atención Primaria se debe considerar como un factor de confusión y generador de posibles malas decisiones. En el Historial de Atención Primaria deben constar todos los tratamientos (hospitalarios o no) a que está sometido el paciente, pues la atención médica debe ser unitaria, y la información relacionada con la misma debe estar al alcance de los facultativos, tanto de Atención Primaria, como Hospitalarios. No puede ocurrir que no haya constancia en Atención Primaria de la evolución médica y tratamientos que se están aplicando a un paciente en el Hospital, pues de ello pueden derivarse decisiones que pueden ser importantes (tal y como sucedió en este caso).

Este perito no discute que los corticoides están bien indicados en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, incluso asociados a infliximab. Tampoco se discute que los corticoides se puedan prescribir de forma puntual en un cuadro de faringitis para disminuir el dolor de garganta, cuando ha habido falta de respuesta a los analgésicos y/o antiinflamatorios (en su caso); pero no se debe olvidar que este no era el caso de estos dos supuestos. A la hora de elegir el mejor tratamiento para una paciente con unas circunstancias como las que, se debe recordar que:

-No tenía un brote de descompensación de su enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que no existía indicación para corticoides por este motivo.

-Tenía un cuadro con faringitis aguda con fiebre y aparición de aftas en la mucosa faríngea en la primera atención. Si bien se podría sospechar que se tratase de una infección vírica, se debería haber optado por empezar de forma escalonada con el tratamiento, en este caso, con analgésicos simples como el paracetamol de forma exclusiva. Se debería haber valorado, a la hora de prescribir corticoides, que al tratarse de una paciente ya inmunodeprimida per se, la posibilidad de mala evolución era real, y además, el corticoide podía inducir una mayor inmunodepresión (y no era el caso, como se ha dicho, de un brote de

su enfermedad inflamatoria intestinal, para lo cual sí se podría haber aplicado), teniendo en ese momento indicios de una infección (aunque fuese vírica).

-En la atención del 6/12/18, la paciente llevaba ya 3 días de evolución con la fiebre y cuadro faringo-amigdalario y había descripción de empeoramiento de aftas iniciales a vesículas, lo que ya indicaba una mala evolución. El hecho de haber tenido un episodio de hipotensión, si bien puede ser explicable por la dosis de Metamizol aplicada (nolotil), no es menos cierto que en una paciente de estas características y con esta evolución, obligaba a plantearse otras posibilidades, como estar desarrollando una sepsis.

2) Informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva.

-Respecto a este informe, este perito está totalmente de acuerdo que la praxis de las Atenciones realizadas en el Hospital, y especialmente en UCI, fueron correctas y ajustadas a la *lex artis*. Sin embargo, discrepo del hecho de que el tratamiento corticoideo tuvo una escasa repercusión en el devenir de los hechos, pues no se debe olvidar que su efecto inmunodepresor potenció el del infliximab que ya estaba recibiendo la paciente por su enfermedad intestinal. Si bien es cierto que los corticoides se usan en las UCIs en el tratamiento de situaciones de sepsis y shock séptico, también lo es que se administra de forma concomitante a antibióticos de amplio espectro (y que actúan sobre la propia infección), lo que no sucedía en este caso, dado que al prescribirse el tratamiento con corticoides, no se prescribieron antibióticos.

3) Informe del Servicio Médico de Inspección

-Respecto a este informe, varias de las cuestiones planteadas han sido comentadas en los apartados anteriores, debiendo hacer énfasis en el hecho que, en este caso, no se usaron los corticoides por una descompensación de su enfermedad inflamatoria intestinal, sino por una infección, y que aún siendo vírica, tiene potenciado su efecto inmunosupresor al tratarse de una paciente en tratamiento con infliximab.

-Respecto al comentario que se realizó en la atención médica del día 12/6/18, se debe recordar que la paciente acudió a urgencias con hora de entrada de 9.54 am (y calificada en triaje como nivel IV, menos urgente), apareciendo como hora en la que acredita atención a las 14.39. Considero que la afirmación que era imposible que no se hubiese hecho nada en el intervalo de tiempo transcurrido entre las dos horas registradas, y seguro que se habían tomado medidas diagnósticas y terapéuticas carece de toda prueba documental, por lo que no tiene ninguna base para realizar dicha afirmación. En un caso de sepsis como la que sufrió la paciente, el tiempo es oro, por lo que un retraso de unas pocas horas puede suponer la diferencia entre sobrevivir o no al episodio, aunque el fallecimiento se produzca horas o días después, dado que los mecanismos de la sepsis que producen el colapso de los sistemas corporales pueden ser reversibles o no dependiendo de unas pocas horas.

-Por último, si bien resulta evidente que en una paciente como ella, con un tratamiento inmunosupresor como el que tenía puede tener una mala evolución en un cuadro séptico, no lo es menos que, precisamente en este caso, se debían extremar las medidas terapéuticas y medidas de vigilancia y control, así como una más rápida derivación al hospital cuando se acredita una mala evolución, justo como sucedió en este caso, y que pudo haber evitado este desenlace.

D) Valoración del daño

-Este perito considera que no se pueden hablar de secuelas ni período de sanidad, debido al lamentable hecho del fallecimiento de la paciente, por lo que el daño que hay que considerar es el fallecimiento.

VIII. CONCLUSIONES

“-Considero que ha existido una infracción de la lex artis ad hoc en la actuación médica realizada por el Servicio Canario de la Salud sobre (...), en la actuación de Urgencias de Atención Primaria desde el 4 al 6/12/18, y que desembocó en su fallecimiento

-Se puede establecer una relación de causalidad entre las actuaciones mentadas anteriormente, y la consecuencia final: fallecimiento el 11/12/18 a las 12.55 por la insuficiencia respiratoria aguda por hemorragia alveolar; chock séptico refractario, coagulación intravascular diseminada”».

1.8. Con fecha de 3 de agosto de 2022, se emite el preceptivo informe de la Asesoría Jurídica Departamental.

1.9. La Propuesta de Resolución de 5 de septiembre de 2022 desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), en nombre propio y en nombre y representación del hijo y hermano de la fallecida (...)

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses transcurrido el cual la reclamación se entiende desestimada presuntamente, sin perjuicio de la obligación de la Administración de resolver expresamente (arts. 21 y 91.3 LPACAP).

IV

1. La propuesta de Resolución propone desestimar la reclamación formulada por (...), en nombre propio y en nombre y representación del hijo y hermano de la fallecida (...), por considerar que el diagnóstico fue acorde con los síntomas que presentaba la paciente, con buena dinámica respiratoria y faringe hiperémica con aftas, sin referir tos, expectoración ni malestar general, por lo que se diagnostica

faringitis viral y se señala que la paciente no refirió estar en tratamiento inmunosupresor y en la historia consta que no toma AINES por patología médica, y en base a ello se prescribe prednisona a la dosis de 30 mg/día durante 3 días. Se justifica la prescripción del corticoide en que ya se le había prescrito en varias ocasiones y que el tratamiento con infliximab no contraindica la utilización de corticoides.

En la visita su médico de cabecera del Centro de Salud de San Gregorio, el mismo día 4 de diciembre de 2018, en la valoración de la paciente se anota refiere dolor de garganta de 24 horas de evolución y fiebre de hasta 38 grados centígrados, odinofagia sin disnea, rinorrea con mucosidad sin tos ni flema. Diagnóstico faringitis viral. A la exploración no adenopatía, a la auscultación sin ruidos sobreañadidos, no fiebre, constantes normales. Tratamiento paracetamol e hidratación abundante.

La Propuesta de Resolución señala que una fiebre no superior a 38 grados podría indicar que se trata de una faringitis vírica en la que no está indicado el uso de antibiótico, pero si los corticoides o antiinflamatorios.

La faringitis bacteriana suele cursar con fiebre superior a 38 grados centígrados y dolor muy intenso que dificulta la deglución de los alimentos y el paso de la saliva. El dolor puede irradiar hacia la oreja produciendo otalgias. Se presenta con malestar general, cefaleas, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Además de enrojecimiento y tumefacción de la mucosa, se observan placas de color blanco amarillento en la pared posterior de la faringe y los ganglios inflamados. Consideran que el 4 de diciembre con la sintomatología presentada por la paciente fue correctamente diagnosticada de faringitis vírica, sin que estuvieran contraindicados los corticoides y que la dosis prescrita era baja, de forma oral y durante tres días.

En la visita del 6 de diciembre de 2018 al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de El Calero, sobre las 4:25, la paciente tenía fiebre de dos días de evolución, máxima de 38, odinofagia asociada a tos y expectoración, y la paciente refiere no mejoría a pesar del paracetamol y nolutil. Se encuentra consciente, orientada, colaboradora, normoperfundida, normohidratada y eupneica, frecuencia respiratoria normal (12-16 respiraciones por minuto), temperatura de 38 grados, saturación de oxígeno al 99%, tensión arterial de 108/70 mmHg. Orofaringe hiperémica, lesiones vesiculosas en pilares anteriores y úvula. Auscultación cardiopulmonar, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruido sobreañadido. Adenopatías laterocervicales. Vuelve a ser diagnosticada de faringitis viral con alta a las 5.57.

Se señala que para valorar signos y síntomas para el manejo de la odinofagia se utilizan los criterios de Centor que asignan un punto a los siguientes hallazgos: exudado amigdalár, adenopatías cervicales, fiebre y ausencia de tos. La presencia de tres o cuatro hallazgos aumenta la probabilidad de faringitis estreptocócicas y recomienda tratamiento antibiótico. La presencia de dos se considera dudosa y se recomienda test de streptococo. Se señala que en la paciente se detectó sólo uno (la fiebre) porque las adenopatías eran laterocervicales. Se administró Metamizol y se produjo un descenso de la tensión arterial. Se colocó en decúbito y elevación de piernas y mejoró la tensión. Se pautó paracetamol 1 g cada 8 horas en caso de fiebre o dolor, y combinación con el nolotil 575 mg cada 8 horas.

Sostiene que las faringitis víricas no se tratan con antibióticos y que era posible el uso de corticoides.

Teniendo en cuenta que el diagnóstico de una enfermedad viene determinado por los síntomas con los que acuden los enfermos a las consultas médicas y que son referidos por el paciente y apreciados y observados por el médico que le atiende, pues la medicina es de medios y no de resultados de tal manera que si los síntomas de una patología no se aprecian claramente no puede reprocharse mala praxis. En este caso, partiendo de la sintomatología referida por (...) en sus distintas visitas a su Centro de Salud, el SCS en su Propuesta de Resolución, entiende que (...) no presentaba una sintomatología que hiciese sospechar de la presencia de una neumonía, siendo la sintomatología propia de una faringitis viral.

Señala el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe complementario de fecha de 25 de julio de 2022 que: la paciente estuvo unas 43 horas diagnosticada de faringitis, desde su primera llegada al centro de salud el día 4, hasta que el día 6 de diciembre la clínica no es la misma, aparece dolor abdominal, vómitos (...) por tanto, cuando llega al C.S. del Calero el día 6 a las 9 horas y 54 minutos, la clínica había cambiado y se añade a la faringitis el dolor abdominal, epigastralgia, vómitos, entonces es derivada al hospital a la 01:35 horas, pasan hasta este momento 51 horas no transcurren 3 días, sino prácticamente 2.

Cuando la clínica no es compatible con el diagnóstico inicial se deriva.

Consideran que no había razones para trasladar a la paciente a un hospital el día 4 o el 5 con el diagnóstico de faringitis viral y sin otra clínica.

El tiempo que estuvo en el Centro de Salud antes de ser derivada al Hospital estuvo siendo valorada y en tratamiento. Se le hicieron pruebas, exploraciones, etc., (...) estuvo atendida como decíamos en informe previo, no se la pudo atender a las 14:39 horas como se afirma en la reclamación. A esa hora tenía que haber sido ya explorada (ya que se le realizó en el Calero: EKG, auscultación, exploración general, sonda nasogástrica, toma de ctes, glucemia, temperatura, tratada con sueros etc. (...)) y así poder llegar al Hospital Insular a las 15 horas (hora en que llega a éste).

Señalan que el diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que se establece, a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas que se le realizan. Por lo expuesto, la Propuesta de Resolución que no hubo mala praxis en la atención dispensada.

2. 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, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre y 69/2019, de 28 de febrero), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias 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).

3. Conclusiones del informe del SIP:

«CONCLUSIONES

1.- La faringitis y la amigdalitis son afecciones leves de las vías respiratorias altas muy frecuentes con la llegada del invierno.

La paciente fue diagnosticada el día 4 de diciembre en el Servicio de Urgencias, así como posteriormente el mismo día en su médico de cabecera, de faringitis vírica con aftas y rinorrea acuosa.

Las faringitis causadas por virus tienen una incidencia estacional y se instauran de forma gradual. El período de incubación oscila entre 1 y 3 días y afecta a cualquier edad. Lo primero que aparece es sensación de fatiga y escalofríos, seguido de sequedad de garganta con dolor faríngeo que aunque poco intenso dificulta la deglución. Puede aparecer fiebre, aunque nunca supera los 38 °C. Otros síntomas, no siempre presentes, son los típicos del catarro (estornudos, tos y obstrucción nasal), de la rinitis aguda (rinorrea) y la presencia de aftas en boca y faringe. Los virus responsables son Adenovirus, Rinovirus, virus Coxsackie A, virus de la Influenza, de la Parainfluenza y Coronavirus, entre otros. En general, son procesos leves y autolimitados, aunque se pueden complicar si seguidamente se produce infección bacteriana.

La faringitis bacteriana, en cambio aparece en cualquier época del año en forma de pequeñas epidemias y se instaura bruscamente. Aparece fiebre elevada por encima de 38°C hasta los 40°C, acompañada de dolor muy intenso que dificulta la deglución de los alimentos y el paso de la saliva. El dolor puede irradiar hacia la oreja, produciendo otalgias. Se presenta con malestar general y aparición de cefaleas, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Además del enrojecimiento y tumefacción de la mucosa, se observan placas de color blanco-amarillento en la pared posterior de la faringe y los ganglios inflamados. El contagio se produce fácilmente a través de las gotas de saliva que se pueden expulsar al hablar o toser; por tanto, es muy frecuente en la edad escolar, cuando los niños tienen un contacto muy

próximo. Otro agravante es que en este sector de la población los síntomas generales son más intensos.

La paciente el día 4 de diciembre de 2018 fue diagnosticada de faringitis vírica lo cual corresponde a la clínica existente. Dado diagnóstico no está indicado el uso de antibióticos.

Como antiinflamatorios si están indicados en faringitis vírica los corticoides (estos son más eficaces) (...). En la paciente con colitis ulcerosa no se deberían pautar los antiinflamatorios no esteroideos o AINES (Ibuprofeno, Naproxeno, Indometacina (...)), que si que serían perjudiciales por sus efectos negativos sobre el apto. digestivo.

En cambio, no están contraindicados los corticoides.

Si una vez instaurado el tratamiento sintomático el dolor no remite en 4-5 días, entonces se debe aconsejar la visita médica, el Metamizol (Nolotil) lo tenía pautado la paciente desde noviembre de 2018.

El fármaco Prednisona 30mg prescrito el día 4 de diciembre ya había sido prescrito previamente, en el año 2015, 2016. 2017. Se usan para tratar los brotes agudos y en determinados momentos de la remisión.

2.- En cuanto a la aseveración de que el fármaco Prednisona contribuyó al desenlace de la paciente porque disminuyó inmunidad (...) creemos es muy atrevida tal afirmación por una dosis baja de corticoide, de forma oral y pautado durante solo 3 días, que en realidad fueron dos, porque en la mañana del día 6 estaba en el Centro de Salud y desde allí fue al hospital. No le dio tiempo de tomar la dosis de tres días, según la prescripción.

No encontramos base científica que explique la reclamación.

Nos hacemos eco de la opinión especializada del jefe de servicio de medicina intensiva (...) de que dicha influencia es altamente improbable.

3.- Cuando el día 6 de diciembre la paciente llega el 6 de diciembre de 2018(sic) al Centro de Salud del Calero, a su médico de cabecera, sobre las 10 de la mañana, no solo presenta faringitis con el cuadro clínico visto anteriormente, presenta dolor en epigastrio, vomito, instauran tratamiento, no mejoría encuentran tras poner sonda nasogástrica sangre en pozo de café, por lo cual remiten al hospital insular con muy buen criterio.

El tiempo que estuvo en el centro de salud estuvo siendo valorada y en tratamiento. No se la pudo atender a las 14:39 horas como se afirma en la reclamación.

A esa hora tenía que haber sido ya explorada, tratada etc para poder llegar al Hospital Insular a las 15 horas (hora en que llega a éste).

4.- En el hospital es explorada y medida ctes vitales, entre las cuales la saturación de oxígeno estaba al 98%, encuentran crepitantes pulmonares en campos medios. Realizan Rx de tórax encontrando condensaciones bilaterales pulmonares, la tensión arterial sistólica es de 11,2.

Se comenta que en la familia había un hijo afectado con virus Coxackie A.

Permanece en el servicio de urgencias más de 3 horas y durante la estancia comienza con mayor trabajo respiratorio, desaturación hasta el 70% (...) desorientada, por lo que se intuba y se trata para alcanzar tensiones arteriales normales.

Ecografía abdominal y se deriva a la UVI, control por medicina intensiva que se hace cargo. Ingreso en MI a las 16 horas del día 6 de diciembre de 2018 con Diagnóstico shock séptico de origen respiratorio.

Al ingresar en MI ingresa con motivo de insuficiencia respiratoria aguda. Posteriormente en MI importantes trastornos de la coagulación, coagulación intravascular diseminada, hemorragia alveolar (pulmones) (...) . mala evolución, fallo multiorgánico grave. La paciente pese a los esfuerzos terapéuticos fallece el día 11 de diciembre de 2018.

Uno de los síntomas que puede ocurrir cuando se padece neumonía es dolor abdominal, que puede ser epigástrico y esto lo refiere la señora fallecida el día 6 sobre las 10 de la mañana y de esta consulta fue remitida al servicio de urgencias hospitalario, aunque también se podía plantear causa digestiva dado encontrar secreción digestiva en pozo de café, sea una causa u otra se remitió al hospital.

La saturación de oxígeno el día 6 antes de acudir al hospital era del 98%, en el hospital a su llegada es del 97% y posteriormente durante el ingreso en urgencias empeora hasta el 70%, entonces es una insuficiencia respiratoria y ya ingresara en medicina intensiva.

Todo ello indica que el proceso fue de curso muy rápido, (no esperado dado previos) pero también que se actúa médicamente, adecuándose a la clínica, signos y síntomas, existentes en cada momento diagnóstico y terapéutico"».

4. A la vista de las pruebas periciales contradictorias obrantes en el expediente administrativo consideramos más convincente y objetivo el informe pericial de parte que el del SIP, sobre la base de las siguientes consideraciones, atendiendo a los principios de la lógica y la sana crítica:

La paciente estaba inmunodeprimida al estar el tratamiento con *infiximab* por una colitis ulcerosa, por lo que este dato debió ser tenido en cuenta como un factor de mayor riesgo de desarrollar una sepsis, lo que obligaba a extremar la vigilancia médica.

En las dos visitas médicas del día 4 de diciembre de 2018 parece lógico el diagnóstico médico a la vista de los síntomas que presentaba la paciente y la evolución de los acontecimientos, y hasta este punto parece lógico el razonamiento del SIP.

Pero a partir de la visita a urgencias del Centro Médico el día 6 de diciembre de 2018, a las 4.25 en Centro de Salud de El Calero, ya no podemos decir lo mismo. Una paciente que se presenta en urgencias a las 4.25 horas de la madrugada, por tercera vez, en el curso de dos días, señalando un empeoramiento de su malestar, con fiebre persistente que no cede a los medicamentos desde el día 3 de diciembre (cuando fue por primera vez a urgencias el 4 de diciembre la fiebre se había manifestado el día anterior), con aftas en la garganta, tos y expectoración que antes no se había manifestado, con adenopatías, inmunodeprimida y, además un episodio de hipotensión en presencia de la doctora que la atendió, debió levantar las alarmas y como mínimo realizar un test de streptococo para confirmar el diagnóstico que previamente se había realizado de faringitis vírica. Se dice en el informe del SIP que no se hizo porque sólo había un síntoma (la fiebre), lo cual no es cierto, porque la paciente además de fiebre, refirió empeoramiento de su estado, con aftas en la garganta, tos con expectoración que antes no se había detectado, y adenopatías, lo que fue obviado por la médico de urgencias, por lo que conforme a los criterios de Centor para el manejo de la odinofagia, era recomendable hacer un test de streptococo, que podía haber desvelado una infección bacteriana, que obligaba a prescribir antibióticos.

En ese momento también se pudo hacer una analítica y una radiografía de tórax, como se hizo a la llegada del hospital o derivarla a él, y no se hizo, lo que podía haber desvelado que tenía una neumonía y salvarle la vida. Fue dada de alta, sin más pruebas.

A las pocas horas vuelve a presentarse en el Centro Médico de Atención Primaria, con vómitos, dolor en el epigastrio, expectoración hemática (síntomas propios de una neumonía o infección bacteriana según el propio informe del SIP), además de fiebre y aftas en la garganta y el personal de enfermería, (infravalorando la situación de extrema urgencia vital en la que se encontraba la paciente, que sólo pocas horas antes fue dada de alta en el mismo Centro Médico y se vuelve a presentar allí lo que podía haber levantado de nuevo las alarmas), le dan medicación para los vómitos (*primperan*, *buscapina* y *ranitidina*), colocan una sonda nasogástrica y creen detectar una isquemia mesentérica al ver secreciones en pozos de café. Es vista por el médico a las 14.39 horas y derivada al hospital por dolor abdominal, sin que en ningún caso se percataran de que tenía una neumonía.

Cuando llega al CHUIMI se realiza test de estreptococo, radiografía de tórax y se hallan condensaciones bilaterales, diagnosticando una neumonía. Poco después la paciente entra en inestabilidad hemodinámica y la situación se vuelve irreversible.

Unos días más tarde en el Hospital se realiza intervención urgente y se descubre que no hay signos de isquemia intestinal ni signos de sufrimiento intestinal, por lo que se concluye con toda seguridad que es una sepsis de origen respiratorio.

No creemos que se pueda hablar de la mejor praxis médica ante una situación como la descrita, en la que se podía haber actuado con mayor precaución, con vistas a tratar de evitar el fatal resultado producido del fallecimiento de una paciente de tan solo treinta años de edad. En el estado actual de la ciencia médica y con los medios normales y habituales disponibles en la sanidad pública, se podrían haber practicado pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico inicial, ante los antecedentes médicos de la paciente y la prolongación de la fiebre desde el 3 de diciembre de 2018.

5. Un supuesto muy similar al presente fue resuelto por este Consejo Consultivo en el Dictamen n.º 114/2020, de 21 de mayo. En él invocamos un antecedente similar al analizado, resuelto por Sentencia n.º 551/2012, de 10 de julio, rec. n.º 968/2008 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en el que se concluye la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por deficiente asistencia sanitaria, pronunciándose dicha sentencia, entre otros, en los siguientes términos:

« (...) La parte actora funda su petición de responsabilidad patrimonial en el hecho de que como no se le realizaron pruebas diagnósticas, en especial una radiografía de tórax, no se le diagnosticó inicialmente -en la consulta de atención primaria a la que acudió el día 26 de diciembre de 2007- de forma correcta la enfermedad que padecía- neumonía- lo cual ha supuesto una gravedad en su evolución con la consecuencia de que ha tenido que soportar posteriormente un tratamiento farmacológico más agresivo -drogas vasoactivas- e incluso la necesidad de que se le practicara una intervención quirúrgica dada la necrosis isquémica de las partes acras de las extremidades inferiores que ha supuesto la amputación transmetatarsiana de los dedos de ambas extremidades inferiores.

Por su parte, la Administración y la entidad codemandada afirman que no existe nexo causal entre la actuación médica prestada y el fatal desenlace. Expresan que no puede mantenerse mala praxis por parte de los facultativos que le atendieron pues el día 26 de diciembre de 2007 no tenía ninguna sintomatología que hiciera sospechar que pudiera sufrir neumonía y con ello la necesidad de realizar pruebas diagnósticas como una radiografía de tórax. Y que una detectada dicha patología y dada la mala evolución de la misma el

tratamiento que se realizó fue ajustado a la lex artis y que la amputación referida fue consecuencia de la mala evolución de su patología que obligó a someter al paciente a un tratamiento agresivo.

Planteada la cuestión como se ha expuesto se trata de determinar si efectivamente hubo un error y un retraso en el diagnóstico de la patología que sufría el actor y si la amputación que ahora soporta es imputable a ese retraso.

Para que este Tribunal pueda concluir que ha existido mala praxis médica debe tener en cuenta las pruebas periciales medicas obrantes en autos pues se está ante una cuestión eminentemente técnica, por lo que esta Sala al carecer de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en pruebas periciales. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

En el presente caso nos encontramos como fundamento de las pretensiones de las partes sendos informes periciales aportados por ellas en periodo de prueba. Y dado el carácter técnico de la cuestión sometida a consideración de este Tribunal se trata de determinar cuál de los dos informes, cuyas conclusiones son contrarias, contiene las razones que llevan a esta Sección a una mayor convicción sobre el acaecer de los hechos y las consecuencias técnicas de los mismos a fin de poder determinar si la asistencia prestada a (...) puede calificarse como actuación médica contraria a la lex artis.

(...)

La discrepancia entre las partes consiste en analizar si cuando el actor acudió a consulta de atención primaria el día 26 de diciembre - dos días antes de su ingreso en la UCI-tenía ya síntomas e indicios que debieron llevar a la doctora que le atendió a sospechar que padecía neumonía y, por tanto, a realizarle alguna prueba diagnóstica que hubiera permitido iniciar ya en ese momento el tratamiento adecuado que, quizás, hubiera podido evitar su mala evolución posterior y, por tanto, evitar también el uso masivo de tratamiento farmacológico agresivo pero necesario para salvar su vida dado el estado de shock séptico y fallo multiorgánico que desarrolla.

Es cierto y esta Sala ya lo ha dicho en numerosas ocasiones que el diagnóstico de una enfermedad viene determinado por los síntomas con los que acuden los enfermos a las consultas médicas y que son referidos por el paciente y apreciados y observados por el médico que le atiende. Pues la medicina es de medios y no de resultados de tal manera que si los síntomas de una patología no se aprecian claramente no puede reprocharse mala praxis. Lo que sucede en este caso, y así lo señala la actora y lo recalca su perito en el informe emitido, es la "escasez de datos anotados por el Médico de Cabecera respecto del episodio que motiva la visita del paciente" el día 26 de diciembre de 2007 al médico de atención primaria de su centro de salud (...).

El perito de la parte actora afirma en vía judicial que “las neumonías se pueden detectar con la realización de una simple radiografía pero también se puede diagnosticar con los elementos que el médico tiene como manos, oídos y fonendoscopio realizando una exploración física detallada del aparato respiratorio y que puede comprender los signos que detalla como disminución del murmullo vesicular, estertores crepitantes, matidez en la percusión torácica y aumento en el lado afecto de las vibraciones vocales”. Pues bien, nada de esto consta en la historia clínica del paciente por lo que se ignora si al actor se le realizó la exploración física a que alude el perito por él propuesto.

(...)

De lo expuesto esta Sala admite la tesis propuesta por el actor y concluye que ha existido un retraso en el diagnóstico de la neumonía que padecía dado que no puede contrastarse la veracidad de su afirmación dado el incumplimiento de la obligación de la Administración de recoger en la historia clínica los síntomas relatados por el paciente que permiten alcanzar un diagnóstico y que aconsejan un tratamiento.

(...)

Llegado a este punto corresponde examinar en qué medida ese retraso en el diagnóstico y en el tratamiento de la patología ha influido en las secuelas que ahora soporta el actor y por las que reclama indemnización de daños y perjuicios. Ambas partes admiten que las lesiones isquémicas en los MMII son atribuibles a diferentes factores y entre ellos el uso de drogas vasoactivas necesarias para controlar la situación de shock refractario y el desarrollo de coagulación intravascular diseminada como expresión de la gravedad de la sepsis. Lo que discuten es si el uso de las drogas vasoactivas hubiera sido el mismo en intensidad y tiempo de haberse diagnosticado la neumonía de forma más precoz que hubiera evitado esas secuelas. Sobre este aspecto, la Administración niega que reúnan la nota de antijuridicidad pues son consecuencia de la grave y tórpida evolución de la patología y que es independiente del retraso en su diagnóstico y tratamiento. Por el contrario, la parte actora expresa que el retraso en el diagnóstico ha supuesto una mayor evolución de la enfermedad que se ha traducido en un tratamiento farmacológico más agresivo e intenso que ha supuesto una mala perfusión que ha obligado a la amputación de los dedos de los MMII mientras que si se hubiera detectada a tiempo se hubiera podido evitar esa grave secuela que soporta.

El perito de la parte actora es muy rotundo en sus respuestas a las partes en la fase de ratificación judicial. Pues afirma que “si se hubiera diagnosticado la neumonía necrotizante 48 horas antes casi con toda seguridad se podrían haber evitado las secuelas de amputación”. Y añade que “si el diagnóstico se hubiera realizado 48 horas no se hubiera producido el shock séptico o hubiera sido de menor gravedad eliminando o disminuyendo la utilización de esos fármacos vasoactivos”.

De todo lo expuesto se concluye que no se ha proporcionado al recurrente la mejor opción como tratamiento que se concreta en la falta de pruebas diagnósticas lo que ha determinado un retraso en el diagnóstico de la patología que padecía, retraso que ha supuesto que cuando ya se le detecta la enfermedad se encuentra en una fase de mayor evolución. Es cierto que no se puede predecir cuál hubiera sido el desenlace final de haberse diagnosticado de forma precoz la neumonía que se padecía pues no cabe duda de la gravedad de la misma. No obstante, la cuantía de la indemnización no puede verse reducida, como así pretenden las partes demandadas, por el hecho de que las posibilidades de curación y de recuperación hubieran sido las mismas de haberse realizado un diagnóstico con anterioridad. Esta Sala no comparte dicha tesis pues aunque es cierto que es imposible predecir cuál hubiera sido el resultado final y si las consecuencias hubieran sido las mismas lo que, sin duda, es seguro, es que el paciente hubiera tenido más oportunidades. Y el criterio de pérdida de oportunidades de recuperación se tiene también en cuenta por el Tribunal Supremo en numerosas sentencias para fijar la cuantía de la indemnización.

Es decir, se desconoce que hubiera podido pasar si al Sr. (...) se le hubiera dado un tratamiento precoz a la neumonía que padecía, pero ha sido el retraso en el diagnóstico lo que ha producido una pérdida de oportunidad de tratamiento del enfermo. Pérdida de oportunidad que aunque sea remota no puede quedar indemne (...) ».

6. Como hemos manifestado en diversas ocasiones (entre otros, Dictámenes 287/2017, de 6 de septiembre, 450/2017, de 5 de diciembre, 324/2018, de 17 de julio, 239/2019, de 20 de junio, y 287/2019, de 30 de julio), desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial, hoy ya plenamente consolidada, favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano. Concretamente, se ha pronunciado en los siguientes términos:

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando

no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. Casación n.º 1247/2014).

Asimismo, sobre la pérdida de oportunidad, la STS de 21 de diciembre de 2015 (RJ 2016\55) o 16 de febrero de 2011 (RJ 2011,1490), argumenta que *«basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que la paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias».*

7. En este caso, la paciente fue examinada en cuatro ocasiones en Atención Primaria en un espacio de dos días, antes de llegar al CHUIMI en estado de extrema gravedad con una neumonía no diagnosticada, sin que en ninguna de las ocasiones se le practicaran pruebas complementarias a pesar de la persistencia de la fiebre. No podemos tener certeza de que la paciente se hubiera recuperado de la grave neumonía que padeció de haberse realizado todo correctamente. Posiblemente, de haberse extremado la precaución y no se hubiera prescrito un corticoide como primer tratamiento de choque en la primera visita del 4 de diciembre de 2018 en una paciente inmunodeprimida (había otras alternativas menos arriesgadas como primer tratamiento) y se hubiera realizado un test de streptococo y pautado antibióticos a la paciente, al menos, desde las 4.25 horas del día 6 de diciembre de 2018 y derivado al hospital en ese momento, la paciente hubiera tenido mayores probabilidades de una evolución más favorable sin la fatal consecuencia que sufrió, o por lo menos, la consecuencia no hubiera sido de tanta gravedad como la que finalmente aconteció.

8. En definitiva, la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho debido a una pérdida de oportunidad terapéutica en el tratamiento de los síntomas que sufría la paciente entre los días 4 y 6 de diciembre de 2018, en el que no se ponderaron adecuadamente los antecedentes médicos, los síntomas, dolencias y tratamientos que venía padeciendo la paciente lo que desembocó en la grave neumonía y shock séptico de origen respiratorio, causante, a la postre, del fallecimiento de la paciente.

9. No obstante, no se ha valorado ni en el informe pericial de parte, ni en el informe del SIP, el porcentaje de probabilidad de que un tratamiento precoz de esta patología hubiera evitado el fallecimiento de la paciente. Por tanto, habrá de aportarse, al igual que ya dijimos en nuestro Dictamen 114/2020, de 21 de mayo, o 239/2019, de 20 de junio, un informe de valoración del daño corporal por persona especialista en valoración del daño, en el que se señale el grado de probabilidad del resultado de haber realizado los médicos de Atención Primaria un diagnóstico adecuado de las dolencias de la paciente, no prescribiendo un corticoide como primer tratamiento de choque contra la faringitis en una paciente inmunodeprimida en tratamiento con *infiximab* (había otras alternativas más adecuadas en ese momento) y se hubieran realizado pruebas complementarias con prescripción de un antibiótico, derivando la paciente al hospital, al menos, desde las 4.25 horas del día 6 de diciembre de 2018.

En cuanto a la valoración de los daños producidos en los casos de pérdida de oportunidad, la jurisprudencia del Tribunal Supremo también se ha pronunciado señalando que procede cuantificar *«no por la totalidad del daño sufrido pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación»* (STS de 19 de noviembre de 2012, rec. de casación n.º 579/2011, citada a su vez por la STS de 27 de noviembre de 2012, rec. casación n.º 4981/2011).

Por ello, procederá atenderse «prudencialmente y de manera analógica, a los criterios marcados por el baremo indemnizatorio previsto para los accidentes de circulación, que adapta equitativamente a las circunstancias del caso con la rebaja sustancial propia de la aplicación de la doctrina de la llamada pérdida de oportunidad» (STSJ de Galicia, de 16 enero 2013, rec. apelación n.º 7126/2012).

Este Consejo (por todos, Dictámenes 287/2017, de 6 de septiembre y 450/2017, de 5 de diciembre), en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si

bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que este Consejo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido Baremo por la totalidad de los daños.

Por tanto, la cuantía de la indemnización deberá determinarse siguiendo los criterios legales y jurisprudenciales citados, en informe motivado y procedimiento contradictorio, tomando como referencia la valoración realizada en el informe pericial de parte, teniendo en cuenta la edad de la paciente, las circunstancias concurrentes, el daño producido, y el grado de probabilidad del resultado de haberse diagnosticado y tratado precozmente patología que sufrió la paciente.

A la cantidad total procedente en concepto de indemnización, se le ha de añadir, por mandato del art. 34.3 LRJSP, la actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo al Índice de Garantía de Competitividad fijado por el Instituto Nacional de Estadística y los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), en nombre propio y en nombre y representación del hijo y hermano de la fallecida, ambos menores de edad, por los daños personales sufridos por la actuación de los servicios de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud, no es conforme a Derecho, debiendo estimarse la reclamación parcialmente en los términos indicados en Fundamento V del presente Dictamen.