



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 0 9 / 2 0 2 3

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de mayo de 2023.

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 representación de (...), (...) y (...), por el fallecimiento de (...) como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 183/2023 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria total excede de 6.000 euros (se reclaman conjuntamente 303.145,41 euros), por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. 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.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la citada Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias y 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.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, DCCC 408/2022, de 27 de octubre), 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, donde 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 propio”, 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”.

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

La citada doctrina, resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes, esposa e hijos del fallecido y, por tanto, familiares y sucesores hereditarios, poseen interés legítimo para interponer la reclamación.

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, mediante el SCS.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación en la correspondiente Oficina de Correos el día 30 de septiembre de 2019, habiéndose producido el hecho lesivo el día 5 de octubre de 2018.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación formulado por el representante de las personas interesadas se afirma lo siguiente:

«PRIMERO.- (...) nacido el 4 de febrero de 1960 falleció el 5 de octubre de 2018 en la clínica (...) de Santa Cruz de Tenerife con 59 años de edad.

(...), en adelante Sr. (...), estaba casado con (...), nacida el 13 de febrero de 1961, la cual por tanto tenía 58 años cuando falleció su marido. Se habían casado el 19 de febrero de 1982 por lo que a la fecha de fallecimiento hacía 37 años que estaban casados.

Aporto como Documento nº 3 certificado matrimonial del Sr. (...) y la Sra. (...).

El matrimonio había tenido dos hijos en común, (...), nacido el 21 de mayo de 1987, y por tanto de 32 años de edad cuando falleció su padre y (...), nacido el 15 julio de 1990, y por tanto tenía 29 años.

SEGUNDO.- El Sr. (...) falleció debido a un error en el diagnóstico cometido por los facultativos del servicio canario de salud, primero en el Hospital del sur y después en el Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria.

Los primeros síntomas de la enfermedad del Sr. (...) empezaron aproximadamente el 23 de septiembre de 2018. Durante tres días el Sr. (...) no se había sentido bien, hasta el punto que llegado un momento no era capaz de digerir ningún alimento ni agua. Ante esta situación el 25 de septiembre de 2018 la familia lo llevó al Hospital del Sur dependiente del servicio canario de Salud.

Le hicieron pruebas de sangre y de la orina y le dijeron que tenía muchos leucocitos en la orina lo que significa que podía ser una infección pero también podría ser una enfermedad crónica del riñón. Lo cierto es que el Sr. (...) con anterioridad no había padecido ninguna enfermedad de los riñones. Al Sr. (...) le pusieron una vía con suero y medicamentos. Le dieron el alta y le dijeron que si se volvía a encontrar mal, que volviera al día siguiente.

Una vez en casa el Sr. (...) seguía sin sentirse bien. Esta vez ya no era capaz de estar de pie por sí mismo, se encontraba demasiado débil para sostenerse sobre sus piernas, no era capaz de levantarse de la cama por sí solo. La familia llamó a una ambulancia y el Sr. (...) fue llevado en ambulancia de nuevo al Hospital.

En el Hospital del Sur los doctores volvieron a ponerle una vía. Se le hicieron otra vez las pruebas de la orina y de la sangre. Aproximadamente siete horas después en el Hospital del Sur no supieron diagnosticar qué le pasaba exactamente y seguían con el diagnóstico de la probable enfermedad crónica del riñón. A parte de esto confirmaron que tenía trombocitopenia y que ya no le coagula la sangre que es peligroso para su salud. A la familia le dijeron que allí no podían hacer nada más por él y los médicos dijeron que había que trasladarlo al Hospital del Norte.

Así en el Hospital del Sur no supieron diagnosticar lo que le estaba pasando al Sr. (...), que en realidad era una Sepsis.

Cuando salió del Hospital del sur estaba pálido y ya tenía dificultad para respirar.

Más tarde a las 19:30 el Sr. (...) fue trasladado al Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria en Tenerife. Allí estuvo desde las 20:30 hasta las 05:30 del día siguiente.

Según relata la familia, el Sr. (...) fue dejado en un pasillo, donde no se le permitió a los familiares estar en su compañía, pues no se les permitió el acceso al lugar donde estaba el Sr. (...). En lugar de ingresarlo en la unidad de cuidados intensivos, lo dejaron en una camilla aparcada en un pasillo durante nueve horas. La familia refiere que nadie en el Hospital parecía ayudar al Sr. (...). El Sr.(...), estaba solo en el pasillo pidiendo agua porque no había bebido nada desde la mañana pero se la negaron. Estuvo nueve horas, sin dar explicaciones de qué tipo de pruebas le había hecho o dejado de hacer. Ante la clamorosa desatención de un enfermo grave la familia contactó con otros centros médicos privados, y en la Clínica (...) les dijeron que allí podían atenderlo porque tenían aparatos para hacer diálisis.

Ya en el hospital del sur los médicos habían avisado que el paciente iba a necesitar este tipo de tratamiento. La familia consiguió contratar una ambulancia para llevarlo a la clínica (...) sobre las 4:20 de la mañana. Pero entonces permitieron a los familiares entrar en la zona de urgencias.

Una Doctora les dijo que el Sr. (...) ya estaba atendido, "está en su sala, está en su habitación, ya tiene medicamentos y mañana pueden venir a visitarlo". La familia se tranquilizó y estaban debatiendo si debían cancelar la petición a la clínica (...), cuando al salir del despacho de aquella Doctora, la nuera del Sr. (...) giró la cabeza y vio a su suegro en el pasillo a lo lejos, medio desnudo, con una bata, temblando. La nuera del Sr. (...), la Sra. (...) interpelló a la Doctora y le pregunto "¿esta es la habitación que me habías dicho?", la Dra. le contestó "-No, es que vamos a hacerle una radiografía", a lo que la Sra. (...) replicó si es que a estas alturas aun no le habían hecho la radiografía a un hombre que había entrado hace nueve horas cuando ya no podía respirar. El Sr. (...) no dejaba de pedir que le dieran agua, la doctora dijo que no podían dársela y que solo lo hidrataban con el suero. El Sr. (...) tenía los labios muy secos que sangraban y era peligroso porque la sangre no le coagulaba. El catéter de la orina estaba lleno de sangre. Los familiares le hablaban en su idioma (neerlandés) y el Sr. (...) daba respuestas absurdas, sin sentido alguno. La Dra. insistió que había que hacerle una radiografía del pulmón pero los familiares se preguntaban por qué no se había hecho antes, teniendo en cuenta que habían pasado nueve desde que había sido ingresado. En ninguno de los dos primeros hospitales le administraron oxígeno para ayudarlo a respirar.

La familia dijo a los médicos que iban a llevarse al Sr. (...) a otra clínica, la Sra. (...) que era la única que hablaba en español dijo que no se separaría de la camilla del Sr. (...) hasta que pudieran llevárselo. Los responsables del Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria le dijeron a la familia que ellos mismos (la familia) debían ocuparse del traslado del Sr. (...).

Al cabo de un rato el personal médico le dijo a la Sra. (...) que ya había llegado la ambulancia, para inducirle a que se alejara del Sr. (...); la Sra. (...) fue a ver dónde estaba la ambulancia, y cuando fue al aparcamiento se encontró que no era la ambulancia que ella misma ha pedido y que la suya aún no había llegado. Al volver, le vetaron el acceso a la zona donde estaba el Sr. (...) y también obligaron al resto de la familia a salir de la zona de urgencias. Al cerrarse las puertas, la familia ya no pudo estar junto al Sr. (...). Pasó una media hora, llegó la ambulancia, la Sra. (...) vio que se abrió la puerta, que sacaban al Sr. (...), con unos papeles en el pecho supuestamente firmados. La Sra. (...) preguntó, ¿dónde hay que firmar que nos lo llevamos de aquí?" y le contestaron que no hacía falta que el Sr. (...) ya había firmado. La Sra. (...) les preguntó cómo era posible que hubiera firmado nada si el Sr.(...) no podía entender el idioma español y nadie en el Hospital se les había dirigido en inglés, y le respondieron que sí, que lo había entendido y que lo había firmado. Si el Sr. (...) firmó algo, no estaba en condiciones ni de entender aunque le hubieran hablado en su propio idioma, el neerlandés.

El Sr. (...) había entrado en el Hospital de la Candelaria con sepsis que no fue diagnosticada aunque tenía muchos síntomas y hora tras hora estaba empeorando. En este Hospital ingresó a las 20:30 y hasta la 1:00 del día siguiente no le administraron suero ni antibiótico.

El Sr. (...) tenía sepsis derivado de una leptospirosis, y ni en el Hospital del Sur ni en el Hospital de la Candelaria supieron diagnosticárselo.

El Sr. (...) fue transportado a la clínica (...) diez minutos después de salir del Hospital de la Candelaria y fue ingresado por el motivo de shock séptico. Finalmente fue trasladado a Cuidados Intensivos y conectado a máquinas porque no podía respirar por sí mismo y no le funcionaban los riñones. La clínica le hizo más pruebas. Se le diagnosticó sepsis, y que probablemente se debía a leptospirosis, si bien para finar este diagnóstico había que esperar a los resultados de los análisis clínicos.

El personal sanitario del (...) hizo todo lo posible para aplicar un tratamiento. Crearon un pulmón artificial para el Sr. (...) pudiera respirar y le hicieron hemodiálisis. Pero no fue suficiente, el 5 de octubre la clínica informó que el Sr. (...) no estaba bien y ese mismo día el Sr. (...) falleció.

El Dr. (...) de la clínica (...) redactó un informe que se adjunta a este escrito en el que se informaba que el diagnóstico principal era "sepsis de origen no filiado; shock séptico, fracaso multiorgánico y exitus"

Los responsables del Hospital del Sur son responsables por los errores que llevaron a un error de diagnóstico que no supieron diagnosticar sepsis lo que produjo la muerte del Sr. (...).

SEXTO.- Los responsables del Hospital Sur y del Hospital Norte de Nuestra Sra. de la Candelaria, ambos dependientes del Servicio Canario de salud incurrieron en negligencia profesional, al incurrir en error de diagnóstico y por ende inaplicación de tratamiento correcto, lo que derivó en un empeoramiento del estado del Sr. (...), de tal manera que cuando los profesionales de la clínica (...) atendieron al Sr. (...) era demasiado tarde para salvar su vida. Los médicos del Servicio canario de salud incurrieron en una negligencia profesional que causó la muerte del Sr. (...), lo que ha causado un daño a su viuda y a sus hijos que debe ser indemnizado conforme a Derecho. Dicho de otra manera, si los responsables del servicio Canario de Salud hubieran actuado con una mínima diligencia y prontitud en la atención del paciente y hubieran mostrado la más mínima diligencia para hacer el correcto diagnóstico del mismo, y hubieran hecho el diagnóstico, hubieran podido aplicar el correcto tratamiento y el Sr. (...), en lugar de fallecer se habría curado.

SÉPTIMO.- DAÑOS. Los daños sufridos por mis mandantes se han calculado con arreglo a lo dispuesto en las normas generales del baremo para accidentes de tráfico aplicado supletoriamente a casos de lesiones o fallecimiento derivados de negligencia profesional.

(...) es acreedora a una indemnización que se calcula como sigue:

Perjuicio personal básico. Habiendo convivido 15 años y siendo la viuda menor de 67 pues a la fecha de fallecimiento tenía 58 años, corresponde una suma de 91.668,60€.

Por cada año adicional de convivencia o fracción con independencia de la edad de la víctima corresponden 1.018,54€. Habida cuenta que se casaron el 19 de febrero de 1982 y que el matrimonio duró 37 años, descontados los anteriores 15 años, quedan 22 años que deben multiplicarse por 1.018,54, lo que resulta 22.407,88€.

A ello hay que añadir los 407,42€ sin necesidad de justificación por cada perjudicado. Se deben añadir los gastos de traslado, entierro, funeral y repatriación.

Se aporta factura de la mercantil "Konst & Dunweg" por gastos del funeral del Sr. (...) por importe de 6.994,05€. Los gastos de la recepción al funeral ascienden a 908,50€. Se aporta factura de la mercantil "De Sfeerstal" por importe de 908,50€ por gastos de funeral del Sr. (...). Por tanto el importe total de gastos en concepto de funerales son 7.902,55€. Aporto los documentos de que dispongo que justifican estos datos, tan pronto como disponga de toda la documentación adicional que pueda haber la aportaré. El seguro pagó 3.666,68€, por lo que se reclaman CUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO EUROS CON OCHENTA Y SIETE CÉNTIMOS (4.235,87€).

El Sr. (...) trabajaba una jornada parcial del 90% para la compañía aérea holandesa KLM. A la fecha del fallecimiento del Sr. (...), la Sra. (...) dependía económicamente de su marido, pues no tenía ingresos propios. El lucro cesante de la Sra. (...) se calcula como sigue: El salario neto mensual del Sr. (...) era de 2.363,82€ mensuales, que por catorce pagas, resulta 33.093,48€. Dado que la viuda tenía 58 años en el momento de la muerte de su marido le corresponde una compensación de 80.545,00€.

En total a la Sra. (...) le corresponden CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO EUROS CON SETENTA Y SIETE CÉNTIMOS (199.264,77).

(...)

OCTAVO.- Indemnización para (...) de 32 años de edad a la fecha de fallecimiento de su padre le corresponde en concepto de perjuicio personal básico 20.370,80€.

A ello hay que añadir los 407,42€ sin necesidad de justificación por cada perjudicado.

En total al Sr. (...) le corresponde una indemnización de VEINTE Mil SETECIENTOS SETENTA Y OCHO EUROS CON VEINTIDOS CÉNTIMOS (20.778,22€).

NOVENO.- Indemnización para (...), de 29 años de edad a la fecha de fallecimiento de su padre le corresponde en concepto de perjuicio personal básico 50.927,00€.

A ello hay que añadir los 407,42€ sin necesidad de justificación por cada perjudicado.

En concepto de lucro cesante a (...) le corresponde 31.768,00€. El salario neto mensual del Sr. (...) era de 2.363,82€ mensuales, que por catorce pagas, resulta 33.093,48€. Dado que (...) tenía 29 años en el momento de la muerte de su padre, le corresponden 31.768,00€ en concepto de lucro cesante.

En total al Sr. (...) le corresponde una indemnización de OCHENTA Y TRES Mil CIENTO DOS EUROS CON CUARENTA Y DOS CÉNTIMOS (83.102,42€).

Habida cuenta que la viuda y Robín tienen cuotas de 60% y 30% respectivamente, y que por lo tanto la suma de las mismas no supera el 90%, las cantidades fijadas por las tablas actuariales no deben ser corregidas».

2. En el presente asunto, para una correcta determinación de los antecedentes de hecho se debe incluir lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), de fecha 8 de agosto de 2022, en el que se señala que:

«1.- Según se describe en historial clínico y documentación aportada, el paciente, con fecha de nacimiento 04/02/1960 (58 años), y antecedentes de patología coronaria crónica en tratamiento con atenolol, acudió al Hospital del Sur (Hospital que forma parte del Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de Candelaria), el día 25/09/2018 (19:36 horas) por presentar vómitos, referidos como dos vómitos por día desde hace 3 días, debilidad y malestar general.

No había presentado diarreas, ni fiebre, ni dolor abdominal (ni en ese contexto tampoco describe cólicos renales ni alteraciones urinarias), ni torácico. Toleraba líquidos.

2.- La exploración se objetiva normal, salvo por una leve deshidratación de mucosas, estando normocoloreado (no está pálido ni icterico). La exploración cardiopulmonar se describe normal, siendo las constantes vitales y la saturación de oxígenos dentro de límites normales, así como el examen del abdomen, constando es blando, depresible, sin dolor, ni masas, ni megalias (los órganos abdominales no están aumentados de tamaño) a la palpación.

3.- Se le realiza analítica sérica, sin anemia, con cifra de leucocitos en rango normal, siendo la bioquímica con potasio normal y sodio algo bajo, con creatinina algo elevada. En el contexto sintomático de paciente que acude por vómitos, siendo la exploración física normal con deshidratación de mucosas ligera, la impresión diagnóstica es de deshidratación, por lo que se le trata con sueroterapia reponiendo líquidos que contienen sodio, antiemético y protector de mucosa gástrica. Tras el tratamiento, el paciente se objetiva con mejor estado general y tolerancia a líquidos vía oral, además de con buena diuresis. Dado evolución favorable, causa alta para tratamiento en domicilio, con la prescripción de sueroterapia oral (indicado para reposición de fluidos y electrolitos) y la recomendación de volver a Urgencias en caso de vómitos o recorte de diuresis (en caso de empeoramiento).

4.- Según, información aportada e historia clínica, el paciente, vuelve a acudir al Hospital del Sur, al día siguiente por persistencia de vómitos y debilidad. Tras su examen con control analítico con parámetros de coagulación y renales alterados sospechan que el paciente está presentando una insuficiencia renal crónica reagudizada; se le administra sueroterapia y se decide su traslado a Hospital de referencia, en este caso al Hospital de tercer nivel Ntra. Sra. de Candelaria.

5.- A su llegada a dicho hospital, el paciente refiere presenta vómitos (ahora describe 5-6 vómitos/día) e importante debilidad, describe también, sensación distérmica y sudoración y haber tenido clínica miccional días previos, con orinas como cocaola.

6.- En el examen físico que consta descrito a las 21:36 horas, el paciente está consciente en las tres esferas (persona, tiempo y espacio), es colaborador y reactivo, estando hemodinámicamente estable con temperatura de 38 °C (ligeramente alta). Está eupneico (sin dificultad respiratoria en reposo y durante la conversación). La auscultación cardiopulmonar es completamente normal. El abdomen se objetiva a la palpación tanto superficial como profunda sin dolor y depresible, sin masas ni megalias (no presenta clínica de irritación peritoneal, es decir, no signos de abdomen agudo). En la exploración de los miembros inferiores no se observa edemas ni signos de insuficiencia venosa crónica, describiéndose la presencia de orina hematórica. Con el diagnóstico de sospecha (diagnóstico de presunción, es decir, aún no se tiene la evidencia de un diagnóstico preciso) de vómitos y hematuria, se le solicitan estudios complementarios, en su caso y de acuerdo a la clínica descrita enfocados

hacia una afección de tipo renal (orina hematúrica, febrícula, vómitos, debilidad), solicitándose la realización de control analítico sérico y de orina, así como cultivo de orina (muestras extraídas a las 21:50 horas). Consta sondaje vesical y toma de segunda muestra a las 22:40 horas.

7.- En control analítico sérico destaca parámetros renales urea y creatinina elevados, así como disminución significativa de plaquetas, teniendo el examen de orina signos de infección, dado la presencia incrementada de leucocitos en sedimento, en presencia de PCR sérico (factor reactante de proceso agudo -infección/inflamación), elevado.

8.- El paciente tiene indicaciones de dieta absoluta (eso incluye que no puede beber ni comer nada), control estricto de diuresis y monitorización de constantes vitales incluido temperatura.

9.- De acuerdo a clínica y estudios analíticos iniciales, realizados aproximadamente dos horas antes, se inicia tratamiento a la 01:00 (27/09/18), administrándose sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro, teniendo pautado su medicación habitual, así como las pautas actuales.

10.- Posteriormente consta realizada Rx de tórax en el que no se objetivó ninguna alteración, comprobándose índice cardiotorácico conservado, con senos costofrénicos libres (no derrames), no observándose infiltrados ni consolidaciones, es decir, no se observó signos de patología cardiopulmonar alguna.

11.- Mientras se le realizaban los estudios y se le administraba el tratamiento de acuerdo a la clínica y resultados que se iban teniendo, el paciente estaba controlado y en observación. Consta a las 21:19 horas del día 26, su acompañante-familiar es la esposa y a las 00:40 del día 27, hay constancia de información a familiar y traductora. Asimismo, a pesar de la opinión médica, que estimó que el paciente debía continuar su hospitalización (para proseguir con estudios, tratamiento, en fin, su evolución) consta documento de alta voluntaria firmado por el médico responsable y la dirección, en el que se comprueba, que se le ha advertido al petionario (paciente/familia) dicha opinión médica, así como que el Servicio Canario de la Salud queda exento de responsabilidad por las consecuencias que se deriven de esa alta, haciéndole presente los perjuicios que pueden irrogarse al enfermo.

12.- Según consta en informe de alta aportado por reclamantes, el paciente queda ingresado a las 05:38 horas del día 27/09/2018, en el Hospital (...), tras solicitar alta voluntaria en el CHUNSC. En dicho informe de alta, consta el paciente se encontraba en situación de shock séptico, cuyo origen aún no estaba filiado a su fallecimiento, por fracaso multiorgánico.

13.- En dicho informe consta mala evolución desde el ingreso, especialmente desde el punto de vista respiratorio, desarrollando una hipoxemia severa (consta dificultad

respiratoria - taquipnea superficial, necesidad de oxigenoterapia por intubación orotraqueal), así como Rx de tórax patológica (patrón intersticial alveoloso bilateral).

14.- Desde el punto de vista renal sufrió empeoramiento precisando de depuración extrarrenal. Las alteraciones hematológicas que fue presentando según Hematología podrían sugerir cuadro séptico.

15.- Desde el punto de vista infeccioso, se le realizaron urocultivos y hemocultivos siendo todos negativos. También se le realizaron estudios serológicos, siendo negativos, salvo el de leptospirosis aún pendiente de resultado el día de su fallecimiento. El paciente, estuvo hospitalizado en la UVI, con antibioterapia de amplio espectro, así como las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que fue precisando hasta su fallecimiento. Según la información aportada al expediente, la causa de la sepsis generalizada (septicemia) que sufrió el paciente fue causada por leptospirosis».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación en oficina de correos del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 30 de septiembre de 2019.

El día 14 de noviembre de 2019, se dictó la Resolución n.º 2.654/2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por los interesados.

2. El presente procedimiento cuenta con el referido informe del SIP, emitido el día 8 de agosto de 2022, en el que se afirma acerca de la cuestión de fondo, lo siguiente:

«CONSIDERACIONES

1.- La leptospirosis es una infección bacteriana que se transmite por contacto con agua dulce contaminada (ingestión, contacto con mucosas o heridas en la piel), sobre todo de aguas rápidas (sección de un río en la que hay un aumento en la velocidad y la turbulencia del agua). Esta bacteria llega al agua través de la orina de perros, cerdos o ratas, siendo el riesgo de contaminación aumentado en el contexto de inundaciones y desastres naturales.

2.- La leptospirosis en seres humanos puede causar síntomas muy variados. Algunas personas no presentan síntomas y en la mayoría de los casos que los presentan, cursa con un Síndrome febril inespecífico (fiebre, dolor de cabeza, vómitos, diarreas). En algunos casos

pueden presentarse afectación de múltiples órganos, hemorragias, fallo multiorgánico y muerte.

CONCLUSIONES

1.- Está claro que al paciente se le atendió adecuadamente en función de la clínica que iba presentando. Inicialmente se trataba de sintomatología digestiva inespecífica. Había presentado vómitos y en ese contexto expresaba debilidad y algo de deshidratación a la exploración física, siendo el resto de la misma normal (ni ictericia, ni dificultad respiratoria, ni fiebre, ni otras alteraciones), y en ese escenario se le realizó control analítico, reponiéndose líquidos y electrolitos, a la vez que se trataron los vómitos, siendo su evolución al alta, favorable, teniendo una buena diuresis y tolerancia oral a líquidos, por lo que se le recomendó el tratamiento oportuno, según la clínica, con el objetivo de continuar con reposición de fluidos y electrolitos para evitar deshidratación, a la vez que se le indicó volver a Urgencias si empeoramiento (persistencia de vómitos, recorte de diuresis u otros). Considero razonable la actuación médica en el contexto de clínica inespecífica, donde se tratan y estabilizan los síntomas que llevaron al paciente al servicio de urgencias, dando las recomendaciones oportunas al alta.

2.- Un día después, el paciente vuelve al Servicio de Urgencias del Hospital del Sur, por persistencia de vómitos e incremento de la debilidad, por lo que tras examen incluido control analítico en presencia de parámetros renales alterados y plaquetopenia (plaquetas bajas), sospechan que podrían estar ante una insuficiencia renal crónica reagudizada, lo que motivó razonablemente su tratamiento allí con reposición de líquidos y su traslado a un hospital de tercer nivel, en este caso al hospital de referencia Ntra. Sra. de Candelaria.

3.- Una vez en dicho hospital, al que llega sobre las 20:30 horas, igualmente se le realiza una adecuada anamnesis en la que el paciente refiere presenta vómitos (ahora describe 5-6 vómitos/día) e importante debilidad, describe también sensación distérmica y sudoración y haber tenido clínica miccional días previos, con orinas como coca cola.

4.- En el contexto de la clínica manifestada el médico le explora (de lo que queda constancia a las 21:36 horas), siendo el paciente consciente en las tres esferas (persona, tiempo y espacio), colaborador y reactivo, estando hemodinámicamente estable con temperatura de 38 °C (ligeramente alta). Está eupneico (sin dificultad respiratoria en reposo y durante la conversación). La auscultación cardiopulmonar es completamente normal. El abdomen se objetiva a la palpación tanto superficial como profunda sin dolor y depresible, sin masas ni megalias (no presenta clínica de irritación peritoneal, es decir, no signos de abdomen agudo). En la exploración de los miembros inferiores no se observa edemas ni signos de insuficiencia venosa crónica, describiéndose la presencia de orina hematurica.

5.- Con el diagnóstico de sospecha (diagnóstico de presunción, es decir, aún no se tiene la evidencia de un diagnóstico preciso) de vómitos y hematuria, se le solicitan estudios complementarios, en su caso y de acuerdo a la clínica descrita enfocados hacia una afección

de tipo renal (orina hematúrica, febrícula, vómitos, debilidad), solicitándose la realización de control analítico sérico y de orina, así como cultivo de orina (muestras extraídas a las 21:50 horas). Consta sondaje vesical y toma de segunda muestra a las 22:40 horas.

6.- En control analítico sérico destaca parámetros renales urea y creatinina elevados, así como disminución significativa de plaquetas, teniendo el examen de orina signos de infección, dada la presencia incrementada de leucocitos en sedimento, en presencia PCR sérico (factor reactante de proceso agudo -infección/inflamación), elevado.

7.- El paciente tiene indicaciones de dieta absoluta (eso incluye que no puede beber ni comer nada), control estricto de diuresis y monitorización de constantes vitales incluido temperatura.

8.- De acuerdo a clínica y estudios analíticos iniciales, realizados aproximadamente dos horas antes, se inicia tratamiento a la 01:00 (27/09/18), administrándose sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro, teniendo pautado su medicación habitual, así como las pautas actuales.

9.- Posteriormente consta realizada Rx de tórax en el que no se objetivó ninguna alteración, comprobándose índice cardiotorácico conservado, con senos costofrénicos libres (no derrames), no observándose infiltrados ni consolidaciones, es decir, no se observó signos de patología cardiopulmonar alguna.

10.- Según la secuencia cronológica de actuaciones tanto diagnósticas como terapéuticas, estas estaban siendo realizadas, según la situación clínica y requerimientos del paciente dentro de un escenario de enfermedad que por definición es un proceso dinámico y evolutivo, en el que no veo atisbo de dejadez, negligencia o mala práctica.

11.- Asimismo, estando el paciente hospitalizado, a la vez que se le estaba monitorizando, tratando, estudiando y evolucionando, en la búsqueda del diagnóstico definitivo, el paciente y familia deciden solicitar el alta voluntaria, en contra de la opinión facultativa.

12.- El paciente-familia, es libre para adoptar la decisión de abandonar la asistencia que se le venía prestando. En cuyo caso asume la responsabilidad por las consecuencias que de esta decisión puedan surgir, consecuencias que el equipo médico actuante les explicó como así consta acreditado en el historial clínico».

3. Además, obran en el expediente remitido a este Organismo dos informes del Coordinador de Urgencias del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC), del que depende el Hospital del Sur. El segundo de los informes se emite tras la presentación por el reclamante de un informe médico-pericial relativo al

fallecimiento del causante de los interesados en el que en lo que se refiere a la actuación médica. En este segundo informe se afirma que:

«1º El día 25 de septiembre de 2018: El paciente consultó en el Servicio de Urgencias del Hospital del Sur, por un cuadro de vómitos de tres días de evolución sin fiebre ni diarreas ni dolor abdominal ni torácico. Las constantes vitales estaban dentro de los límites de la normalidad y en la exploración física solo destacaba una leve deshidratación de mucosas. En los resultados de la analítica, que se le realizó al paciente, es cierto que, aunque no había leucocitosis sí que presentaba neutrofilia, pero esta no solo es indicativa de una infección bacteriana, también puede ser vírica, por procesos inflamatorios e incluso por estrés. La elevación de la creatinina era explicable por la deshidratación originada por los vómitos y la escasa ingestión de líquidos. No consta analítica de orina ni estudio de la coagulación como se referencia en el Informe Médico Pericial.

Ante ese cuadro clínico se prescribió sueroterapia, antiemético y protector de mucosa gástrica por vía endovenosa. El paciente presentó mejoría de su estado, se comprobó que toleraba la ingesta de líquidos y que tenía buenas diuresis por esto se le dio el alta con el diagnóstico de deshidratación, recomendándosele volver al Servicio de Urgencias si presentaba vómitos o recorte de diuresis.

2º El día 26 de septiembre de 2018: El paciente reingresa a las 11:58 horas en el Servicio de Urgencias del Sur. Tras la correspondiente exploración y al comprobarse empeoramiento de la función renal así como trombopenia se decide el traslado del paciente al HUNSC que es el Centro de referencia del Hospital del Sur.

3º- A las 20:30 horas del día 26 de septiembre de 2018 (...) ingresa en el Servicio de Urgencia del HUNSC con TA 96/95, FC 74 latidos por minuto y Temperatura de 38º C. En el control analítico destaca una creatinina de 4,79, una PCR de 20,36, Neutrofilia con desviación a la izquierda (6% cayados) y una trombopenia. En sedimento urinario hay más de 100 leucocitos por campo. Se solicitó también un urocultivo.

Siguiendo nuestro Manual de Actuación de Urgencias del HUNSC, estamos ante un caso de Sepsis de origen urológico, que no Sepsis grave, pues el paciente no tenía hipotensión (TAS 90 mmHG) ni hipoperfusión. Así, se procedió a tratamiento con reposición hidroeléctrica y antibioterapia, con Cefalosporina de 3ª generación, en las primeras 3-6 horas de llegada del paciente al Servicio de Urgencias.

Los familiares, de acuerdo con el paciente solicitaron el alta voluntaria y traslado a un hospital privado que se efectuó a las 04:47 horas del día 27 de septiembre de 2018».

4. Con fecha 5 de septiembre de 2022 se acordó la apertura del periodo probatorio, presentando los interesados informe médico pericial, en el que tras analizar las tres actuaciones médicas (las dos primeras en el Servicio de Urgencias

del Hospital del Sur y la tercera en el Servicio de Urgencias del HUNSC), se concluye señalando que:

«6.1 LA PRIMERA ACTUACIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL DEL SUR NO FUE CORRECTA. SE LE DEBERÍA HABER INGRESADO. No se identificó la gravedad de un proceso que, pocas horas después, ya los mismos facultativos que le habían atendido iban a reconocer como muy grave. Hubo muchos errores de bulto, entre ellos, catalogar de simple deshidratación lo que ya era una insuficiencia renal severa. Otro error fatal fue considerar que la simple hidratación oral en su domicilio de un paciente con vómitos revertería la insuficiencia renal. La prueba de que ese planteamiento estaba profundamente equivocado es el hecho de que la cifra de creatinina no bajó, sino que subió, señal inequívoca del empeoramiento del enfermo.

6.2. LA SEGUNDA ACTUACIÓN MÉDICA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DEL SUR TAMPOCO FUE CORRECTA. En esta segunda estancia, aunque finalmente se reconoce por fin la gravedad del cuadro, se actúa con lentitud y no se adoptan decisiones correctas ni se instaura un tratamiento médico apropiado. NO SE CORRIGE LA INSUFICIENCIA RENAL. TAMPOCO SE ATIENDE NI SE TRATA CORRECTA Y RÁPIDAMENTE EL PROCESO SÉPTICO EVIDENTE QUE PRESENTABA EL PACIENTE.

6.3. LA ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE LA CANDELARIA. FUE TAMBIÉN DEFICIENTE. Hubo gran pasividad por parte de sus proveedores médicos y falta de toma de decisiones y aplicación de medidas terapéuticas adecuadas y necesarias: se le deja 9 horas en Urgencias, NO SE LE INGRESA EN LA UCI. Hay otros errores: LA SEPSIS EMPIEZA A TRATARSE TARDÍAMENTE (la primera dosis de antibiótico se administra a las 5 horas de su llegada a Urgencias). Es evidente que la lentitud y la pasividad de sus proveedores médicos determinaron en buena medida. QUE LA SEPSIS SE CONVIRTIERA EN UN SHOCK SÉPTICO, una complicación de los cuadros infecciosos graves, los cuadros sépticos, que se asocia a una mortalidad muy elevada, de alrededor del 50%.

(...)

7. CONCLUSIÓN DEFINITIVA.

LAS ACTUACIONES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA, TANTO DEL HOSPITAL DEL SUR COMO DE LA CANDELARIA FUERON INCORRECTAS ADOLECIENDO DE ERRORES Y PASIVIDAD. NO RESPONDIERON ADECUADAMENTE A LOS RETOS TERAPÉUTICOS QUE PRESENTABA EL PACIENTE.

LA ATENCIÓN PRESTADA FUE DEFICIENTE. EL FALLECIMIENTO DEL SR. (...) PODRÍA HABER SIDO EVITADO SI HUBIERA RECIBIDO MEJOR TRATAMIENTO MÉDICO.

NO SE ATENDIÓ A SU CUADRO SÉPTICO DEBIDAMENTE. TAMPOCO SE DIO TRATAMIENTO A SU FRACASO RENAL AGUDO QUE PRESENTABA Y QUE AMENAZABA SU VIDA.

No se reconoció, en un primer momento, la gravedad del cuadro clínico que presentaba el enfermo. Tampoco se tomaron posteriormente las medidas oportunas que la situación requería ni se prestó la atención apropiada que habrían podido cambiar el curso de la enfermedad (hidratación adecuada, diálisis, cobertura antibiótica precoz, vasopresores, ingreso en UCI, entre otras)».

5. Además de todo ello, a los interesados se les otorgó el trámite de audiencia, no formulando alegación alguna.

6. Tras todo ello, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva el día 3 de abril de 2023 y se prescinde del informe de la Asesoría Jurídica Departamental, alegándose en dicha PR que *«En este caso, no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que es de aplicación, lo dispuesto, entre otros, en su informe - AJS 40/17- C - que indica que ha de existir una necesaria relación causal a fin de poder reconocer responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), de aplicación en relación con lo establecido por la Disposición Transitoria Tercera, apartado a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. La Asesoría Jurídica en dicho informe trae a colación la STS Sala 3ª sección 6ª de 21 de marzo de 2006, que indica lo siguiente: “no basta para dar lugar a la responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, siendo necesario que el perjuicio invocado cuya reparación se pretende, sea consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria”»*

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, con base en los informes del Servicio y el del SIP.

2. En el presente asunto, para poder dilucidar adecuadamente la cuestión de fondo, y, por tanto, la relación de causalidad, es necesario, que por el SCS se ilustre a este Consejo con un nuevo informe complementario de especialista en la materia, distinto a los actuantes y de diferente centro sanitario a los implicados que, a la luz de los informes obrantes en el expediente, incluido el informe médico pericial presentado por los interesados, analice si las actuaciones médicas efectuadas en los tres días referidos fueron conformes a la *lex artis* o no, incidiendo especialmente en si el día 25 de septiembre de 2018, en la primera visita al Hospital del Sur procedía ya remitirlo de urgencias al HUNSC y en si en el HUNSC se debió actuar con más

premura a la hora de ingresar al paciente en la UCI, lo que no se hizo tras nueve horas de estancia, así como sobre la demora en la aplicación del tratamiento antibiótico, es decir, si era correcto o no esperar cinco horas para empezar a tratar al paciente de forma correcta.

También, en ese nuevo informe debe explicarse, a la vista del primer informe del Coordinador de Urgencias del HUNSC, de 5 de diciembre de 2019, en el que se menciona que “en la exploración solo destaca una orina hematúrica”, y a la vista también del segundo informe del mismo Servicio, de 15 de febrero de 2023, en el que se considera que “estamos ante un caso de Sepsis de origen urológico, que no Sepsis grave, pues el paciente no tenía hipotensión (...) ni hipoperfusión (...)”, existe alguna contradicción entre ambos informes y cómo es posible que saliendo el paciente del HUNSC a las 04:47 horas del día 27 de septiembre de 2018, en una situación hemodinámicamente estable, con tensiones arteriales y frecuencia cardiaca normales y con temperatura de 38°C y sólo con una orina hematúrica (según el informe de 5 de diciembre de 2019), ingresa apenas 50 minutos después (a las 05:38 horas) en (...) con un cuadro de «*schock séptico*», según el informe de (...) aportado por los reclamantes, en el que se destaca una «*mala evolución desde el ingreso, especialmente desde el punto de vista respiratorio, desarrollando hipoxemia severa que obliga a IOT*», esto es a una intubación. Es decir, este Consejo necesita una nueva opinión médica sobre el paso del paciente en poco tiempo de una situación aparentemente controlada a una situación de gravedad irreversible, tal y como consta en el informe del centro hospitalario privado, así como si analizando los síntomas referidos en la historia clínica y su evolución posterior, se utilizaron todos los medios y técnicas posibles para efectuar un diagnóstico correcto durante su estancia en el HUNSC.

Después de todo ello se le otorgará el trámite de vista y audiencia a los interesados y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución que será objeto del preceptivo dictamen de este Consejo Consultivo.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, se considera contraria a Derecho, con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV, procediendo la retroacción de las actuaciones en el sentido indicado.