

Expediente Núm. 7/2006
Dictamen Núm. 94/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de mayo de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 11 de enero de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, como consecuencia de la defectuosa asistencia médica prestada a don en el Hospital, de

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de diciembre de 2004, doña suscribe un escrito dirigido al Servicio de Neumología del Hospital, de, en el que “reclama falta de asistencia temeraria contra el paciente don,”, que basa en los siguientes hechos: 1º “Por ponerle heparina 200 mg diarios sin ningún control de coagulación durante los 7 días que estuvo ingresado en dicho Servicio”. 2º “Sin haberle hecho ningún control la Dra. (...) le traslada a cuando ve que el paciente está muy grave, sin tampoco realizársele ningún control, sin saber el

motivo por que el paciente estaba empeorando paulatinamente". 3º "Por la gravedad de su patología ingresa en la U.V.I. de, pasando luego a la U.V.I. del Hospital en extrema gravedad por estar desangrándose a causa de la heparina".

Concluye su escrito solicitando "copia del último proceso hospitalario completo del paciente antes mencionado, incluida historia completa".

El día 21 de enero de 2005, el Director Gerente del Hospital remite a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) "la reclamación formulada ante el Servicio de Atención al Paciente de este Hospital por la esposa del paciente D.". Registrado de entrada el día 28 de enero de 2005 el anterior escrito, la Secretaría General del SESPA lo remite, a su vez, mediante oficio del día 31 de ese mismo mes, a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Junto con la reclamación formulada, el Hospital remite: un informe de la Jefa del Servicio de Medicina Interna, de fecha 12 de enero de 2005; un informe de alta de hospitalización, de fecha 8 de noviembre de 2004, y una copia del parte de reclamación al seguro de responsabilidad sanitaria, en el que hace constar los datos personales del perjudicado, don, y los del "reclamante o representante, doña (...)", que "actúa en calidad de esposa del paciente".

2. Mediante escrito del día 2 de febrero de 2005, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la reclamante que ha tenido entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias su escrito de "reclamación dirigida a la reparación de los daños y perjuicios" y que se procede a la incoación del oportuno procedimiento, señalándole expresamente las normas que rigen su tramitación y el órgano encargado de hacerlo. Además, se la requiere para que, en el plazo de diez (10) días, proceda "a la cuantificación económica del daño o, en su defecto, (a) indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla".

3. El día 17 de febrero de 2005 la reclamante presenta un escrito, en contestación al requerimiento anterior, en el que señala la imposibilidad de fijar la cuantía concreta de la indemnización en ese momento, "toda vez que el interesado se encuentra en la actualidad convaleciente", señalando las bases que, en su opinión, han de tenerse en cuenta en el futuro para proceder a su fijación y que, entiende, son las siguientes: "daño moral y sufrimiento innecesario", "retraso en la curación (...) debido al error en el diagnóstico en el que incurrieron los facultativos", los "días de baja del paciente" y las "secuelas que en su caso se determinen". El escrito finaliza solicitando que se dicte resolución "por la que se declare la responsabilidad patrimonial de esa Administración, indemnizando a D., en la cantidad que al efecto se fije en su día, en función de las bases fijadas a medio del presente escrito".

4. Mediante oficio, fechado el día 23 de febrero de 2005, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al Inspector de Prestaciones Sanitarias que "ha sido designado para elaborar el preceptivo informe técnico de evaluación".

5. El día 25 de febrero de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita al Hospital y al Hospital el envío de la documentación obrante en dichos centros relacionada con la "reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña (...), en nombre y representación de don", así como un informe de los servicios implicados en la asistencia al citado paciente.

El Secretario General del Hospital, en respuesta al requerimiento anterior, remite, el día 8 de marzo de 2005, una "copia de los informes médicos que figuran en la historia clínica (del) paciente", en total cinco (5) informes. El Director Gerente del Hospital remite, el día 29 de marzo de 2005, "copias de documentación solicitada del paciente", figurando entre dicha documentación: un informe de la Jefa del Servicio de Medicina Interna, fechado ese mismo día; una analítica, de fecha 5 de noviembre de 2004; el resultado de

una gammagrafía pulmonar de perfusión, realizada al paciente el día 3 de noviembre de 2004, que señala “alta probabilidad de embolismo pulmonar de naturaleza subsegmentaria, localizado en lóbulo superior de campo pulmonar derecho”; informe de alta del Hospital, de fecha 8 de noviembre de 2004; copia de la reclamación a la entidad aseguradora; respuesta del Hospital al escrito de la reclamante, de fecha 25 de enero de 2005, e informe “para la Gerencia del Hospital, realizado por la Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital en relación con la reclamación.

6. Con fecha 20 de abril de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación, en el que, después de detallar los antecedentes del caso, señala lo siguiente:

“El 2 de noviembre de 2004 acudió a Urgencias del Hospital de por dolor torácico bilateral de 48 horas de evolución de características pleuríticas con disnea progresiva acompañante hasta hacerse de reposo que tras diversos estudios y gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión se diagnosticó de ‘alta probabilidad de tromboembolismo pulmonar de naturaleza subsegmentaria en LSD’. Ante este cuadro se optó por tratar al paciente con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéutica de clexane 100 mg/12 horas ya que el paciente pesaba 100 Kg. El día 8 de noviembre de 2004 a las 2 de la mañana presentó disnea intensa y molestias a nivel faríngeo, con sudoración, taquipnea y crisis hipertensiva y aunque mejoró con tratamiento, ante la sospecha de que hubiese realizado una reembolización se decidió remitirlo al Servicio de Neumología del Hospital por si precisase otras medidas terapéuticas. En este centro, el 9 de noviembre de 2004, se le hizo angioTAC que descartó un tromboembolismo pulmonar suspendiéndose inmediatamente el tratamiento con HBPM a las dosis antes mencionadas y se le pasó a una dosis profiláctica de 40 mg/24 h./ En el informe elaborado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital (...), se indica que no se pudo hacer un TAC helicoidal al ser el paciente alérgico a los contrastes iodados. Al

presentar clínica y radiología sugerente de embolismo pulmonar se envió a Medicina Nuclear para la realización de una gammagrafía pulmonar que fue informada telefónicamente como de alta probabilidad diagnóstica de embolismo pulmonar por lo que se inició de manera inmediata tratamiento a dosis terapéuticas con heparina de bajo peso molecular. Las dosis prescritas fueron de 1 mg/Kg/12 horas. Dado que el paciente pesaba en aquél momento 100 Kg, la dosis suministrada fue de 100 mg cada 12 horas. Esta es la dosis terapéutica recomendada en toda la bibliografía y el prospecto del propio clexane. A las 48 horas se hizo un control analítico de coagulación que resultó normal./ En la tarde del 10 de noviembre el paciente, como complicación del tratamiento tromboembólico, desarrolló un hematoma en el brazo derecho con síndrome compartimental y al no palparse el pulso radial se solicitó valoración al Servicio de Cirugía Vasculuar, creyendo oportuno el traslado del paciente a la UVI del Hospital, dentro del complejo del Hospital, por si precisase tratamiento quirúrgico. Finalmente la situación se resolvió sin precisar ninguna actitud por Cirugía Vasculuar evolucionando favorablemente hasta el alta hospitalaria el 3 de diciembre de 2004”.

A la vista de todo ello, concluye el informante que “en este caso, con un antecedente tromboembólico y varios factores de riesgo de segundo nivel como son la HTA de larga evolución, el EPOC y un fibrinógeno superior a 500 mg % permiten calificar al paciente de alto riesgo. Ante la sospecha de una elevada probabilidad de tromboembolismo pulmonar se inició el tratamiento adecuado y a las dosis internacionalmente aceptadas y establecidas. Los controles analíticos realizados tras su instauración fueron normales e inicialmente no se observaron diátesis hemorrágicas ni hematomas. La posterior aparición de un sangrado no es más que una complicación de un tratamiento necesario ante una situación crítica del enfermo, habiendo sido la actuación sanitaria acorde a los criterios de la lex artis”, informando, en definitiva, que la reclamación de responsabilidad patrimonial “debe ser desestimada ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y

adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*".

7. Con fecha 7 de junio de 2005, emite un dictamen médico una asesoría privada, a instancia de la compañía de seguros del Principado de Asturias. En el mismo, después de relatar los antecedentes del caso, se analiza el proceso asistencial prestado al paciente y, al respecto, se señala que "el diagnóstico de embolia pulmonar exige la realización de una prueba de imagen específica (gammagrafía pulmonar, TAC torácico helicoidal con contraste o arteriografía pulmonar). Todos los protocolos de actuación proponen la gammagrafía pulmonar como la prueba más sensible en caso de sospechar una embolia pulmonar sin inestabilidad hemodinámica y, si la gammagrafía es de alta probabilidad, no hay que hacer más pruebas, hay que tratar al enfermo como si tuviese una embolia pulmonar. Sólo en caso de que no sea posible hacer la gammagrafía o el enfermo presenta inestabilidad hemodinámica está indicado hacer TAC helicoidal en lugar de gammagrafía. En este sentido la actuación de los médicos que atendieron a este enfermo fue impecable ya que inicialmente solicitaron una gammagrafía pulmonar que al ser de alta probabilidad de embolia indicaba tratamiento anticoagulante. Cuando después sospecharon una nueva embolia el paciente presentaba inestabilidad hemodinámica y por eso, con buen criterio, decidieron el traslado a otro centro ya que entonces sí estaba indicado hacer TAC con contraste que era peligroso porque el enfermo decía que era alérgico al contraste yodado. En el otro centro se realizó esta prueba que fue normal, descartando la existencia de embolia pulmonar en ese momento, (p)ero no descarta que hubiese embolia 6 días antes, cuando ingresó en el hospital (...). Por todo lo comentado en la consideración anterior la actuación de los médicos que atendieron a este enfermo fue correcta indicando la exploración más adecuada a la sospecha clínica que era más probable. Con los hallazgos de la gammagrafía consideraron que el enfermo tenía embolia pulmonar e iniciaron el tratamiento. El que posteriormente no se encontrase embolia no significa que no la tuviese en el momento del ingreso ya que los

trombos pulmonares se lisan espontáneamente y con mayor rapidez si se tratan con heparina. Esto ocurrió en este caso: ingresó con embolia pulmonar, se produjo la lisis del trombo y cuando, seis días después se hizo el TAC helicoidal, el trombo ya no se veía. Por tanto no puede asegurarse que hubiese error diagnóstico, como se indica en la reclamación. Cuando apareció lo que simulaba una nueva embolia los médicos que atendían a este enfermo volvieron a actuar con corrección derivándolo a un centro de mayor nivel asistencial". Se señala también en dicho informe que "el enfermo fue tratado con heparina de bajo peso molecular a dosis de 1 mg/Kg de peso cada 12 horas por vía subcutánea. Esta es la dosis de anticoagulación correcta".

Sobre la base de todo ello, se detallan las siguientes conclusiones: "1. El paciente presentó un cuadro de dolor torácico, disnea y taquipnea, lo que unido al antecedente de embolia pulmonar anterior, hacía que la probabilidad clínica de embolia pulmonar fuese alta./ 2. Ante esa sospecha se indicó la prueba de mayor sensibilidad para el diagnóstico de la embolia pulmonar con estabilidad hemodinámica./ 3. El hallazgo de una gammagrafía pulmonar de alta probabilidad, junto a una alta probabilidad clínica hace seguro el diagnóstico de embolia pulmonar./ 4. La embolia pulmonar con estabilidad hemodinámica debe tratarse con heparina de bajo peso molecular a la dosis de 100 unidades cada 12 horas./ 5. El tratamiento con heparina de bajo peso molecular no requiere controles ya que el riesgo de sangrado es mínimo./ 6. El hallazgo de una AngioTC normal a los seis días de tratamiento con heparina no descarta que el enfermo la hubiese tenido./ 7. Por la conclusión anterior no puede asegurarse que hubiese error diagnóstico, ni siquiera a posteriori./ 8. La actuación de los intervinientes en este caso fue en todo momento de acuerdo con lex artis".

8. Mediante oficio, fechado el día 15 de junio de 2005, se notifica a doña la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, remitiéndole una copia de la relación de documentos obrantes en el mismo.

9. El día 13 de julio de 2005, se persona en las dependencias de la Administración una abogada en representación de la reclamante, obrando en el expediente únicamente una fotocopia no autenticada de autorización con la firma de ésta, y obtiene una copia de todo el expediente que, en ese momento, se compone de cincuenta y nueve (59) folios, según diligencia incorporada al mismo.

10. El día 14 de julio de 2005, doña y don presentan un escrito de alegaciones. En el mismo, comienzan por relatar un antecedente que consideran de "especial relevancia" y que consiste en señalar que en enero de 2004 el perjudicado "fue ingresado con sospecha de infarto pulmonar, secundario a tromboembolismo pulmonar que se descartó por evolución y las pruebas complementarias realizadas, entre las que se incluía, un TAC torácico (...) descartándose la presencia de embolismo pulmonar".

A continuación, indican que "el día 2 de noviembre de 2004, ingresó con un cuadro similar al anterior, y nuevamente con una sospecha, al inicio, de la presencia de un tromboembolismo pulmonar./ A su ingreso, no le fue realizado un TAC torácico, como se había realizado en enero de 2004 para descartar la presencia de dicha patología, porque en algún momento sin determinar, y sin responder a una situación real, se hace referencia a una pretendida alergia al yodo utilizado para el contraste". Por ese motivo, continúan, "se realizó una gammagrafía pulmonar de ventilación de perfusión. Esta prueba, se realiza en el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital, en el que si bien al principio se descarta la presencia de un TEP, mediante llamada telefónica al Hospital se informa de una `alta probabilidad de embolismo pulmonar de naturaleza subsegmentaria localizado en lóbulo superior de campo pulmonar derecho´, si bien, y a la vista de las circunstancias, cabe pensar que en dicho Servicio de Medicina Nuclear desconocían los antecedentes del paciente, tanto por lo que se refiere al accidente laboral, como por lo que se refiere al proceso sufrido en enero de 2004".

Continúan relatando que “debido al incorrecto diagnóstico (...), se comenzó a suministrar al paciente heparina, y en contra de lo que se manifiesta en el informe que consta al folio 4 antes mencionado, lo fue en cantidades ‘no terapéuticas’, puesto que le fueron suministrados 200 mg. de clexane cada 24 horas, durante los siete días que permaneció ingresado en ese centro hospitalario (...) y sin que se procediese a efectuar un control de coagulación durante los 7 días en los que el paciente permaneció ingresado en dicho centro hospitalario, al punto que el enfermo llegó a perder el pulso radial en su brazo, comenzaron a aparecerle importantísimos hematomas en todo su cuerpo, debido al efecto de la heparina (se adjunta reportaje fotográfico como documentos nº 1 a 6) (...). De esta forma, al paciente se le estaba suministrando la dosis máxima de heparina, para una lesión que no tenía”.

Señalan, a continuación, que “el estado del solicitante se fue agravando considerablemente, al punto de que el día 8 de noviembre de 2004 se decide su traslado a, al Hospital (...) su estado era de tal gravedad, que fue remitido inmediatamente al Hospital, centro al que fue remitido con la pulsera de otro paciente, lo que supone una negligencia más en su atención sanitaria”. En este centro, añaden, “tras la comprobación (del) incorrecto (...) diagnóstico, se suspende la administración de heparina, manteniéndose éstas en dosis profiláctica, debido al peligro de que pudiese existir un cuadro de TVP en MSD. De hecho, al día siguiente, esto es, el 10 de noviembre, el solicitante comienza a tener un dolor insoportable en el MSD, que ha ido en aumento, y se pide consulta a Cirugía Vascular, manifestando que ‘impresiona el cuadro de TVP de MS Dcho’, por lo que se pide una eco-doppler, si bien éste es finalmente descartado./ Finalmente el día 12 de noviembre de 2004, sufre un episodio sincopal (...) (y) se decide su traslado a la UVI./ Como consta al folio 20 del expediente administrativo, en el informe emitido por el Servicio de Neumología del Hospital, el motivo de su ingreso en la UVI lo fue por ‘shock y oligoanuria’, esto es, ambos problemas derivados de la administración incorrecta y excesiva de la heparina./ Tras su ingreso en la UVI llega a perder el

pulso radial en el MSD, debido a la hemorragia causada por la acción de la heparina, siendo su diagnóstico principal, el de 'shock hipovolémico', por lo que se le deben realizar varias transfusiones de sangre (...), permaneció en la Unidad de Vigilancia Intensiva, hasta el 16 de noviembre de 2004, y hospitalizado hasta el día 3 de diciembre de 2004.

Finalmente, sobre lo informado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital, señalan los alegantes que en dicho Hospital "aparecieron los hematomas que pueden observarse en el reportaje fotográfico que se adjunta, como así consta en el correspondiente parte de alta del Hospital", y que resulta "igualmente evidente la existencia de una insuficiencia renal del paciente".

A la vista de todo ello, y previa cita de los fundamentos jurídicos que consideran, terminan su escrito de alegaciones solicitando una indemnización "que inicialmente se fija en 120.000 €", con los intereses "que resulten oportunos".

Junto con el escrito de alegaciones presentan seis (6) fotografías del perjudicado y copia de un escrito, de fecha 18 de enero de 2005, del Director Gerente del Hospital, donde se señala que "la situación de (el paciente) en todo momento fue de grave preocupación ya que el diagnóstico no era claro a pesar de la exhaustividad y rapidez con que se realizaron las pruebas pertinentes./ En cuanto a la pulsera identificativa (...) ingresa (...) procedente del Hospital con una pulsera cuyos datos no se correspondían y cuando se detecta se procede al cambio".

11. Con fecha 21 de diciembre de 2005, el instructor eleva propuesta de resolución proponiendo "desestimar la reclamación", razonando que "cuando la actuación de los profesionales se ha ajustado a la lex artis ad hoc (tal y como ocurrió en el caso que ahora nos ocupa), el paciente tiene el deber jurídico de soportar el daño./ En este caso, de la información obrante en el expediente se desprende que en todo momento la actuación de todos los intervinientes en el

proceso de asistencia al paciente se adecuó a la *lex artis ad hoc*./ El paciente ingresó en Urgencias con una sintomatología que unida a sus antecedentes personales, indicaba la posibilidad de que existiera un cuadro tromboembólico. Realizada la gammagrafía, el resultado confirmó la impresión inicial. Actuando correctamente los profesionales pautaron un tratamiento con heparina (...). El paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento. Días después, el paciente presentó un agravamiento de su estado por lo que tuvo que ser derivado a otro centro. Ante la sospecha de que nuevamente se viera afectado por una embolia pulmonar, se realizó un angioTAC que acabó descartando la impresión inicial. El hecho de que no se evidenciaran signos de embolia en esta prueba, no quiere decir que seis días antes, no fuera éste el cuadro que afectó al paciente y que gracias al tratamiento pautado habría remitido a los pocos días”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de enero de 2006, registrado de entrada el día 13 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

13. Mediante escrito de la Presidencia de este Consejo Consultivo, de fecha 2 de febrero de 2006, comunicado el día 6 de ese mismo mes, se solicitó que se completase el expediente con la remisión de la “historia completa, con todos los datos y documentos elaborados desde el momento del ingreso del reclamante en el Servicio de Urgencias del Hospital, y de toda “ la documentación relacionada con el paciente desde su ingreso en el Instituto, suspendiéndose el cómputo del plazo para la emisión del correspondiente dictamen, “hasta la íntegra recepción de toda la documentación solicitada”.

14. Mediante escrito de fecha 17 de marzo de 2006, registrado el día 21 del mismo mes, V.E. remite la documentación adicional proporcionada por el órgano gestor.

Entre dicha documentación, figura la historia clínica del Servicio de Neumología del Hospital correspondiente al ingreso del día 2 de noviembre de 2004 que, en el apartado “impresión diagnóstica”, recoge la siguiente nota manuscrita: “hablo con radióloga pero ante antecedente de RM con contraste con reacción ? (...) la radióloga no desea hacer TC con contraste”. En el “curso clínico” del mismo Hospital, correspondiente al día 3 de noviembre de 2004, figura la siguiente nota “posteriormente han llamado telefónicamente de M. Nuclear del Hospital diciendo que había sido un error y que sí tiene TEPA. Alta probabilidad de embolismo pulmonar en campo pulmonar (...) de naturaleza subsegmentaria”. En un informe de consultas externas de Medicina Interna, suscrito el día 3 de febrero de 2005, en el apartado “antecedentes personales”, refiere el informante lo siguiente: “dudosa alergia a contraste yodado (mareos durante realización de TAC, que no se repitieron en TAC posteriores)”. Finalmente, en el documento “curso clínico” del mismo Servicio, figura una anotación, correspondiente a febrero de 2005, que dice: “por otra parte, aunque el TAC torácico fue negativo para TEPA, no se descarta que existiese afectación subsegmentaria dada rentabilidad menor del TAC en esta localización, y que fue realizado tras unos días de tto. con HBPM. (¿Pudo ser fenómeno trombofílico asociado a neoplasia subyacente?)”.

En la documentación remitida por el Hospital figura el “curso clínico” del paciente en la “2ª planta INS” y, en el mismo, una nota correspondiente al día 10 de noviembre de 2004, que dice: “21:00 h avisan pq desde esta mañana nota dolor en MS Dcho que ha ido en aumento y tirantez notando el brazo hinchado a lo largo de la tarde./ A la exploración está hinchado, indurado, no caliente ni rojo. Antebrazo normal, con pulso radial positivo (...)./ En este brazo se inyectó ayer el contraste para angio.TAC (antec. de reacción con contraste yodado)”. En el documento “Apache” de la “UVI-3 del” figura la siguiente

anotación en el apartado “problemas: gran hematoma MSD (...) inicio 12/11”. En el documento “Enfermería. Valoración del paciente al ingreso”, correspondiente a la “2ª planta”, suscrito a las 12 horas, del día 8 de noviembre de 2004, se indica lo siguiente sobre el “estado de la piel: (...) hematomas no”.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el perjudicado activamente legitimado para solicitar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública del Principado de Asturias, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

No obstante, se observa que no consta debidamente acreditada la calidad de representante que la Administración reconoce a la reclamante durante la tramitación del procedimiento. Este defecto, que en ningún

momento fue advertido por la Administración, por lo que no requirió su subsanación expresa, supone un incumplimiento del artículo 32.3 de la LRJPAC que dispone que "Para formular solicitudes, entablar recursos, desistir de acciones y renunciar a derechos en nombre de otra persona, deberá acreditarse la representación por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado". Con independencia de que la Administración atribuya la condición de esposa a quien no la invoca, lo cierto es que, incluso si hubiera constancia de esa relación conyugal, "Ninguno de los cónyuges puede atribuirse la representación del otro sin que le hubiere sido conferida", según dispone el artículo 71 del Código Civil.

Ahora bien, habida cuenta de que el propio perjudicado suscribe el escrito de alegaciones, en el que, reiterando la inicial petición, se formula expresa reclamación de responsabilidad patrimonial y se cuantifica la indemnización solicitada, consideramos que su legitimación activa es indubitada y que, además, su comparecencia en la última fase del procedimiento subsana implícitamente la falta de acreditación de la representación de la que adolece el acto que, a criterio de la Administración, da inicio a este procedimiento y los que posteriormente le siguieron.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas". En el presente caso, la acción se ejerce en plazo, ya que los hechos de los que trae causa son de fecha 2 de noviembre de 2004.

CUARTA.- El procedimiento administrativo que rige la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). Procedimiento al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, están sujetas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites legal y reglamentariamente establecidos de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia y propuesta de resolución.

Sin embargo, hemos de señalar que advertimos importantes deficiencias en la tramitación del procedimiento. Así, la calificación de reclamación patrimonial de un escrito de reclamación presentado en el Servicio de Atención al Paciente y dirigido a un Servicio Médico, de Neumología, en solicitud del historial clínico de un paciente, del que no consta que la pida por sí ni mediante representación, y la inactividad de la Administración ante la falta de acreditación de la representación.

A ello, se une que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se comunica a la reclamante por el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias la incoación del

procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado dichos extremos mediante una mera referencia a la normativa que rige el procedimiento.

Además, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Aunque no consta fehacientemente la fecha de entrada de la reclamación en el registro de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, dando por buena la fecha que se indica en el índice de documentos, el día 2 de febrero de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 13 de enero de 2006, el plazo de resolución y notificación se ha rebasado ampliamente. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, dispone en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares,

sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de un daño o lesión antijurídica, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- En el supuesto que se somete a nuestra consideración, la reclamación de responsabilidad patrimonial se fundamenta en la existencia de un diagnóstico erróneo y, consecuentemente, en un tratamiento inadecuado durante el ingreso de don en el Servicio de Neumología del Hospital Diagnóstico erróneo que el escrito inicial resume de la siguiente forma: “por ponerle heparina 200 mg diarios sin ningún control de coagulación durante los 7 días, “lo que ocasionó su ingreso en la “U.V.I. del Hospital en extrema gravedad por estar desangrándose a causa de la heparina”.

En el escrito de alegaciones se desarrolla con mayor detalle el supuesto error de diagnóstico y se señala que tal error obedece a que “no fue realizado un TAC torácico (...) para descartar la presencia de dicha patología, porque en algún momento sin determinar, y sin responder a un situación real, se hace referencia a una pretendida alergia al yodo utilizado para contraste”. No niegan los alegantes que el Servicio de Medicina Nuclear informara sobre la “alta probabilidad de embolismo pulmonar” pero entienden que tal error se debe a que el mencionado Servicio desconocía los antecedentes del paciente. También indican que se suministró heparina “en cantidades ‘no terapéuticas’, puesto que

le fueron suministrados 200 mg. de clexane cada 24 horas”. Insisten en que no se realizó ningún control de coagulación en el Hospital y en que los hematomas comenzaron a aparecer en el Hospital (“comenzaron a aparecerle importantísimos hematomas en todo su cuerpo, debido al efecto de la heparina (...) sin que por el Servicio de Neumología del Hospital de se hiciesen cargo de los requerimientos de la familia”). Cuestión ésta que reafirman en otro pasaje del escrito: “en el Hospital aparecieron los hematomas”. Finalmente, también denuncian en este escrito de alegaciones que desde el Hospital se remitió al Hospital con una pulsera con datos erróneos.

No resultando controvertido, en lo fundamental, el cuadro clínico que afectó al perjudicado, debemos analizar si, tal como manifiestan los alegantes, se han producido los errores de diagnóstico y de terapia aplicada.

Es preciso comenzar señalando que, a juicio de este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario, dirigido siempre a procurar la curación del paciente, constituye básicamente una obligación de medio y no una obligación de resultado, de modo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como “*lex artis*”.

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por el perjudicado es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la “*lex artis ad hoc*”, entendiéndose por tal “aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores

endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida" (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 11 de marzo de 1991).

Planteada así la cuestión, podemos sistematizar los errores alegados en los siguientes:

a) Se habría producido un error en la elección de la prueba diagnóstica (la gammagrafía en lugar del TAC con contraste); error que tendría su origen, a su vez, en un dato también erróneo: la posible alergia al contraste.

b) Se habría producido un error en el diagnóstico, originado por la mala elección de la prueba diagnóstica.

c) Se habría producido un error en la administración del fármaco, que no sería necesario puesto que el diagnóstico fue erróneo y, además, no se habría suministrado a dosis "terapéuticas".

Esa concatenación de errores, según el relato del perjudicado, habría producido una serie de consecuencias negativas en su salud, un deterioro progresivo, que se convertiría así en la prueba de tales errores, puesto que el perjudicado no aporta ninguna otra prueba salvo la descripción del proceso asistencial. Y dentro de este proceso destaca la aparición de los hematomas, que sitúa en el Hospital (por tanto, entre el día 2 y el 8 de noviembre de 2004), y el "shock hipovolémico", que relaciona con la acción de la heparina.

Analizando los alegatos del perjudicado en relación con los datos que obran en el expediente, debemos señalar lo siguiente:

En relación con el primer error, hemos señalado que el Servicio de Medicina Interna del Hospital, responsable de la asistencia al interesado, hace constar en su informe la existencia de "probable alergia del paciente al contraste yodado". Analizada la documentación adicional solicitada por este Consejo, se constata en la historia clínica al ingreso en dicho Servicio una nota sobre la negativa de la radióloga a realizar ese TAC, por la existencia de un antecedente de reacción al contraste. Incluso en documentos posteriores a la

reclamación, del mismo Hospital, se comprueba que en la historia clínica del paciente se sigue haciendo mención a esa posible alergia. Así, por ejemplo, en una consulta posterior en el Servicio de Medicina Interna, se relata la existencia de “mareos durante realización de TAC, que no se repitieron en TAC posteriores”. En definitiva, y contrariamente a lo que señala el perjudicado, en los datos de la historia clínica sí aparece reflejada la existencia de esa posible alergia, al señalar un antecedente problemático y la negativa de la radióloga a efectuar dicha prueba. Por tanto, y en una primera conclusión, parece que se obra adecuadamente al considerar esos antecedentes. Además, este dato ha de unirse a la consideración que consta en el informe médico aportado por la entidad aseguradora, en el sentido de que “todos los protocolos de actuación proponen la gammagrafía pulmonar como la prueba más sensible en caso de sospechar una embolia pulmonar sin inestabilidad hemodinámica”. Si ésta fue la prueba finalmente realizada al paciente, no apreciamos la existencia de error alguno en la actuación de los profesionales sanitarios. Por lo tanto, según los informes incorporados al expediente, y debe repararse en el hecho de que el perjudicado nada prueba en sentido contrario, no existe error en la elección de la prueba diagnóstica, puesto que al margen de la posible reacción alérgica al yodo, se eligió la prueba “más sensible” de las posibles.

En segundo lugar, no existe tampoco error en el diagnóstico, puesto que realizada esa prueba, con el resultado ya referido de “alta probabilidad”, lo correcto es “tratar al enfermo como si tuviese una embolia pulmonar”, sin necesidad de más pruebas, y así lo hicieron los facultativos del Hospital, Es lo que señala el informe indicado, elaborado a instancia de la entidad aseguradora, coincidente con el resto de los aportados por la Administración. Debemos advertir que, tampoco en este punto aporta el perjudicado prueba alguna que permita sostener lo contrario. Y lo mismo cabe decir al respecto de su alegación de que no se suministró la dosis correcta -“terapéutica”- de heparina. Todos los informes son coincidentes al señalar que se suministró la dosis correcta, y ningún dato incorporado al expediente permite mantener lo

contrario, y ello con independencia del hecho cierto de que, en un momento posterior, y a la vista de la evolución del paciente (evolución en la que no cabe excluir la desaparición del trombo, precisamente como consecuencia de la medicación suministrada) y las posteriores complicaciones, se adoptase la decisión de disminuir la dosis.

Finalmente, tampoco aparecen corroborados en el expediente dos datos sostenidos reiteradamente por el perjudicado. Por el contrario, está acreditado que, al menos el día 5 de noviembre de 2004, y una vez instaurado el tratamiento con heparina, se realizó un control de coagulación. Todo indica, al margen de cualquier otra consideración, que el tratamiento fue correcto en objetivos y dosis. Y también está acreditado, frente a la afirmación del recurrente, el momento y lugar en el que aparecen los hematomas, y estos no aparecen durante su estancia en el Hospital, tal y como afirma la Jefa del Servicio de Medicina Interna (“durante su ingreso, no hubo evidencia de edema ni de hematoma en brazo dcho.”), sino que los mismos aparecen durante su estancia en el Hospital, al día siguiente de la realización del TAC con contraste.

En efecto, según consta en el documento “Enfermería. Valoración del paciente al ingreso”, de fecha 8 de noviembre de 2004, correspondiente al ingreso en la 2ª planta del, el paciente al ingreso no tenía hematomas. La aparición del hematoma en el brazo derecho se refleja en el “curso clínico” correspondiente al día 10 de noviembre de 2004, donde aparece una nota a las 21.00 horas que señala dolor, hinchazón e induración “no caliente ni rojo” refiriéndose a ese brazo derecho, añadiéndose lo siguiente: “en este brazo se inyectó ayer el contraste para el angio.TAC (antec. de reacción con contraste yodado)”. El “gran hematoma”, señalado como problema, aparece reflejado en un documento de la UVI del, situando su inicio el día 12 de noviembre. Todos estos datos prueban que el hematoma en el brazo derecho, contrariamente a lo que insiste el reclamante, aparece el día 12 de noviembre, aunque ya se atisban los primeros síntomas a las 21.00 horas del día 10 de ese

mismo mes, posteriormente a la realización del TAC y, por tanto, cuando había sido ya trasladado del HAB (recordemos que se trasladó el día 8 de noviembre), una vez que se había disminuido la dosis de heparina, puesto que, según señala el informe de alta del Servicio de Neumología del Hospital, fechado el día 12 de noviembre, el día 9 de noviembre, y una vez realizado el angioTAC, “se suspende (...) el tratamiento con HBPM a las dosis antes mencionadas (100 mg/12 h) y se pasa a una dosis profiláctica de 40 mg/24 h”.

La única prueba que aporta el interesado en relación con los hematomas consiste en una serie de fotografías, sin fecha, incorporadas en el trámite de alegaciones, y que sitúa en el HAB. Sin embargo, y al margen de los incuestionables, a nuestro juicio, datos que figuran en los antecedentes solicitados por este Consejo, es significativo que en las fotografías se observe nítidamente en la ropa de la cama “Hospital", lo que las sitúa en dicho centro hospitalario y no en el Hospital

En definitiva, ninguno de los supuestos errores alegados por el perjudicado aparecen acreditados en el expediente. Ni siquiera el supuesto error de diagnóstico, puesto que los informes incorporados sostienen que “el que posteriormente no se encontrase embolia no significa que no la tuviese en el momento del ingreso ya que los trombos pulmonares se lisan espontáneamente y con mayor rapidez si se tratan con heparina (...). Por tanto no puede asegurarse que hubiese error diagnóstico” (dictamen de la asesoría médica de la aseguradora). Incluso en el “curso clínico” del Servicio de Medicina Interna del Hospital aparece, en febrero de 2005, la siguiente nota: “por otra parte, aunque el TAC torácico fue negativo para TEPA, no se descarta que existiese afectación subsegmentaria dada rentabilidad menor del TAC en esta localización, y que fue realizado tras unos días de tto. con HBPM. (¿Pudo ser fenómeno trombofílico asociado a neoplasia subyacente?)”.

No puede afirmarse con rotundidad, a la vista de los antecedentes, que el tratamiento pautado en el Hospital fuese el desencadenante de los hematomas y del resto de la evolución negativa del perjudicado, puesto que ya

hemos señalado que en el momento de la aparición del hematoma en el brazo derecho, y así consta en el curso clínico del día 10 de noviembre de 2004, éste se relacionó con una posible reacción al contraste (“en este brazo se inyectó ayer el contraste para el angio.TAC”). En todo caso, aún en la hipótesis de que tal tratamiento hubiese sido el origen de los hematomas y del resto de la evolución negativa del perjudicado, debemos concluir, como hace el Inspector de las Prestaciones Sanitarias en su informe técnico de evaluación, que “la posterior aparición de un sangrado no es más que una complicación de un tratamiento necesario ante una situación crítica del enfermo”. El dictamen incorporado a instancia de la entidad aseguradora lo plantea de la siguiente forma: “la aparición de un hematoma en el curso de un tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular es una rara eventualidad, pero que es posible y no previsible. Cuando en este enfermo apareció el hematoma se pusieron a su alcance todas las medidas terapéuticas que necesitó. Y es de destacar que el hematoma apareció precisamente cuando se suspendió la anticoagulación y en el mismo brazo en el que se inyectó el contraste para la AngioTC, por lo que no puede descartarse que fuese una complicación de la exploración radiológica más que de la anticoagulación”.

Finalmente, debemos referirnos al último de los errores alegados en la reclamación, los datos erróneos que figuran, en un momento determinado, en la pulsera identificativa del paciente. Efectivamente, tal error resulta acreditado, pero en ningún momento se señala por el perjudicado en qué medida ese error en la identificación ha podido influir en la producción del daño que alega. Ni del expediente, ni de las alegaciones del perjudicado se obtiene dato alguno que permita sostener tal relación, y, en consecuencia, tal dato resulta irrelevante cuando se debe valorar la relación causal entre la actuación de la Administración sanitaria y la producción de un daño al particular.

En consecuencia, este Consejo Consultivo entiende que la actuación de la Administración sanitaria se ajustó en todo momento al criterio de la “*lex artis*”, no habiéndose producido ni error diagnóstico, ni tratamiento inadecuado,

por lo que el daño carece de la nota de antijuridicidad que permitiría su imputación a la Administración.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada por don y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada.”

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.