

Expediente Núm. 217/2006
Dictamen Núm. 244/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de diciembre 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 24 de julio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, en nombre y representación de doña, don y doña, por daños y perjuicios derivados del fallecimiento del esposo y padre de los reclamantes tras la asistencia sanitaria recibida en centros de la red hospitalaria pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de diciembre de 2004, don, actuando en nombre y representación de doña y de don y doña, presenta en el Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con la asistencia sanitaria prestada a su esposo y padre, respectivamente, don, y en la que solicita una indemnización de cien mil

euros (100.000 €) para la viuda y de treinta mil euros (30.000 €) para cada uno de los dos hijos.

Expone en su escrito que “el día 26 de enero de 2004, sobre la 1 hora, don acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de por presentar mareos (...), siendo diagnosticado inicialmente de disnea y presíncope (...). Dado que durante su estancia en la UVI del Hospital de desarrolló cuadros de hipotensión y bradicardia sin dolor torácico, se acordó su remisión al Hospital para realizar un cateterismo cardiaco”.

Continúa relatando que “el mismo 26 de enero de 2004 se lleva a efecto por la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital la coronariografía pautada, sin información al paciente y/o a sus familiares, ni consentimiento informado previo alguno, en la que se diagnostica la enfermedad coronaria de un vaso obtusa marginal y una hipertrofia del ventrículo izquierdo, con función conservada, recomendando su tratamiento médico (...). El citado cateterismo terminó a las 15 horas del referido día 26 de enero y (...) el paciente es trasladado en ambulancia, apenas una hora después (...) al Hospital de, donde llega sobre las 18.40 horas, presentando durante la noche un nuevo episodio de mareos, sudoración, hipotensión, bradicardia, apreciándose en el TAC realizado un hematoma inguinal derecho de gran tamaño con sangrado activo, así como tromboembolismo pulmonar, por lo que es nuevamente trasladado de urgencia, sobre las 12 horas del día 27 de enero de 2004, al Hospital”. En este hospital -relata el interesado- “se le traslada de forma urgente al quirófano, sobre las 14.30 horas, para la reparación de la lesión arterial causada durante el cateterismo del día anterior, encontrándose el paciente en situación de shock hemorrágico (...), siendo el nivel de hemoglobina de 4 gr/dl (...), falleciendo el paciente por parada cardiaca en el propio quirófano a las 15.30 horas (...), esto es, a las 24 horas de practicado el cateterismo”.

Señala a continuación, como causas determinantes del fallecimiento, que “resulta relevante el hecho de que el paciente haya sido remitido en ambulancia desde hasta cuando apenas había transcurrido una hora de practicado

el cateterismo, sin dejarlo en reposo absoluto y observación (...), al menos durante unas horas. (...) resultó esencial, asimismo (...) que la hemorragia activa desencadenada por la lesión arterial femoral producida durante el cateterismo no fuera detectada hasta transcurridas unas 20 horas del mismo, lo que fue determinante (...) del shock hemorrágico causante de su fallecimiento". Cita en apoyo de esa conclusión "el informe pericial del Dr. (...) -que aporta como documento número 7-, (cuando señala que) tal lesión arterial no debería haberse producido en el curso normal de los acontecimientos; por otro lado se detectó tardíamente".

Después de invocar los fundamentos jurídico-procesales que entiende amparan su reclamación, señala, en cuanto al fondo, que "es inequívoca la relación o nexo de causalidad entre el fallecimiento (...) y la inadecuada actuación sanitaria que le ha sido dispensada, especialmente en lo que hace referencia a las atenciones que le fueron brindadas durante y con posterioridad al fatal cateterismo".

Con relación a la indemnización solicitada, indica el reclamante que se ha tomado, "como orientativo, el baremo de la Ley 30/95, de acuerdo con el principio de resarcimiento integral postulado por el Consejo de Europa para los daños corporales y morales". Concluye su escrito solicitando que "se acuerde la indemnización de nuestros patrocinados en la suma de cien mil euros (a la viuda del fallecido) y en la suma de treinta mil euros a cada uno de los dos hijos del fallecido".

Por medio de Otrosí, señala que pretende valerse de los siguientes medios de prueba: "a.- Que se solicite del Hospital de (...) copia del historial clínico completo (del fallecido) (...). b.- Que se solicite del Hospital (...) copia del historial clínico completo (del fallecido) (...). c.- Pericial médica a fin de que por la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de, tras el estudio del historial clínico (del fallecido), se emita dictamen sobre la asistencia sanitaria que le fue brindada, indicando expresamente si la misma se ha ajustado en todo momento o, por el contrario, se ha desviado de la lex artis".

Junto con el escrito de reclamación presenta copia de los siguientes documentos:

- Fotocopias de la Libreta de Familia de la República de, que recogen el matrimonio entre el fallecido y la viuda ahora reclamante y las prestaciones por nacimiento de hijos, que se corresponden, según una diligencia notarial inserta al dorso en copia simple, con las páginas 1, 2, 3, 26 y 27 de dicha Libreta de Familia.

- Copia del informe de alta del Hospital de, del día 27 de enero de 2004, por traslado a otro centro.

- Copia de informes de cateterismo, del día 26 de enero de 2004, de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital

- Copia de informe del Servicio de Cirugía Vascolar del Hospital, de fecha 5 de febrero de 2004, haciendo constar el alta por "exitus a las 15.30 h del 27/01/04".

- Copia de Hematología realizada por el Laboratorio de Respuesta Rápida del Hospital, de fecha 27 de enero de 2004.

- Copia de informe realizado por el doctor, de la Clínica, de, sin firma.

- Copia del poder notarial otorgado, el día 21 de septiembre de 2004, a favor del representante de los interesados en esta reclamación.

2. Mediante escrito del día 16 de diciembre de 2004, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al interesado la recepción de su reclamación y las normas de procedimiento con arreglo al cual se tramitará.

Durante la instrucción fueron incorporados los siguientes documentos: la historia clínica del paciente correspondiente al Hospital y diversa documentación de la del Hospital de; el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de, del día 30 de diciembre de 2004; el informe del Médico Adjunto de Cardiología del mismo hospital y de la misma fecha; el informe del Médico Adjunto de Medicina Interna del mismo hospital,

de 4 de enero de 2005; el informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar II del Hospital, de 18 de enero de 2005, junto con copia del documento de descripción de la intervención efectuada el día 27 de enero de 2004 e informe, de 5 de febrero de 2004, del Servicio de Cirugía Vascolar del Hospital de alta por "exitus"; el informe del Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital, de 20 de enero de 2005, al que se acompañan dos documentos de consentimiento informado (para cateterismo cardíaco diagnóstico y para cateterismo terapéutico coronario), de 26 de enero de 2004, correspondientes al fallecido y con la firma del paciente y del médico, así como informe de cateterismo de la misma fecha.

Se ha incorporado, igualmente, el Informe Técnico de Evaluación del inspector designado al efecto, de fecha 25 de enero de 2005, y un dictamen, suscrito colegiadamente por tres doctores especialistas en Medicina Interna con fecha 9 de abril de 2005, emitido por la asesoría médica, señalando la propuesta de resolución que ha sido formulado a petición de la compañía aseguradora.

En el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de, se indica que "ingresa en el Servicio de Urgencias de este centro sobre la 1 h del día 26.12.04 por haber presentado un episodio de mareo (seguido de una pérdida de conciencia de unos pocos minutos de duración) (...)./ Ingresó en la Unidad de Reanimación a las 4 h con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (sin elevación de ST) y con tratamiento médico según protocolo (...)./ Sobre las 10.30 h presenta un cuadro de hipotensión y bradicardia severas, con alteraciones electrocardiográficas en la cara antero-lateral. En ese momento el paciente es valorado por el (...) cardiólogo del centro (...). Se insiste en el hecho, en contra de lo referido en el escrito de alegaciones, de que el paciente sí firmó un consentimiento informado para la realización de cateterismo cardíaco (...). Se procede al traslado en helicóptero sobre las 11.30 h". Una vez realizado ese cateterismo, a "las 16 h se inicia el traslado del paciente en UVI móvil entre el Hospital y el Hospital de Viene acompañado por una médica y una DUE del SAMU y está relatado como "sin incidencias", siempre

con constantes mantenidas (tomas de TA y FC a las 16.35, 17.30, 18 y 18.30), siendo igualmente normales los datos de frecuencia respiratoria y saturación de O₂./ Ingresas de nuevo en la Unidad de Reanimación de sobre las 18.40 h (...), realizándosele un ECG (sin alteraciones) y visualizándosele un apósito sobre el lugar de la punción (...) `ligeramente manchado de sangre´, con pulso pedio normal (...). Persiste asintomático hasta las 4.40 h del día 27, en que de nuevo presenta un cuadro de mareo y sudoración (...) objetivándose una bradicardia de 42x' y una hipotensión de 56/38 mm Hg. De nuevo a las 7.50 se reproduce el cuadro (...). A las 4.40 h existe (...) una nota donde se dice que la `zona de punción está inflamada y dura´./ Sobre las 8.30 h, el paciente es de nuevo valorado (...) llegándose al doble diagnóstico de TEP bilateral y gran hematoma pélvico (...). El hemograma realizado sobre las 7.30 h de ese día presentaba una cifra de hematíes de 3.610.000, hemoglobina 11,5 gr y hematocrito de 34,7%. / Ante la gravedad del cuadro, se procede a un nuevo traslado al Hospital, lo que se lleva a cabo en helicóptero sobre las 12 h".

En el informe del Médico Adjunto de Cardiología del Hospital de se indica que atendió al paciente "por primera vez el día 26 de enero de 2004 en la Unidad de Reanimación (...) a primera hora de la mañana, objetivando (...) un cuadro compatible con síndrome coronario agudo de alto riesgo (...), complicado con severos trastornos hemodinámicos consistentes en cuadros de hipotensión marcada y bradicardia extrema, todo ello a pesar de la medicación pautada. (...) decido remitir al paciente de forma emergente a la Unidad de Hemodinámica y Cardiología (...) (del Hospital), tras la información pertinente tanto al paciente como a la familia del mismo y la obtención del consentimiento informado por escrito para realizar dicha prueba". Sigue relatando que "el martes 27 de enero y a los pocos minutos de mi llegada al Hospital de recibo un aviso de la Unidad de Reanimación" y que, tras nuevas pruebas diagnósticas, "se detectan datos indirectos que nos hacen sospechar la posibilidad de un embolismo pulmonar; asimismo (...) detecto un hematoma inguinal derecho en la misma zona de la punción de la arteria femoral (...) llegándose a un doble diagnóstico: por un lado se detecta un

tromboembolismo pulmonar bilateral y por otro un gran hematoma pélvico e inguinal derecho con extravasación de contraste, indicativo de sangrado activo, lo que sugiere rotura vascular. Ante la gravedad de la situación decido nuevamente traslado al (Hospital) de manera emergente a través del 112 con vistas a reparación arterial por parte del Servicio de Cirugía Vascular”.

En el informe del Médico Adjunto de Medicina Interna del mismo centro se indica que atendió al paciente “por primera vez, estando de guardia en la madrugada del día 27/1/2004 a las 4.40 h”, procediendo a prescribirle “tratamiento con Atropina y Isopreterenol, mejorando la frecuencia cardiaca y la situación hemodinámica”.

El Servicio de Cirugía Vascular II del Hospital señala, en su informe, que el paciente “ingresó de emergencia el día 27/01/04 trasladado en helicóptero desde el Hospital de con la sospecha de hemorragia activa femoral dcha. (...) encontrándose además el paciente en situación de shock hemorrágico./ No se pudo informar a la familia ya que aún no había llegado./ De forma inmediata es trasladado al quirófano para ser intervenido igualmente de emergencia (...). Con el diagnóstico anteriormente citado, de amenaza vital inminente, no es legalmente necesario ningún consentimiento (Ley General de Sanidad) (...), sino la actuación oportuna para corregir dicha amenaza vital”. En la fotocopia de la “hoja quirúrgica” que acompaña a su escrito, la cirujana señala que durante la intervención “el paciente hace una parada cardiorrespiratoria iniciándose las maniobras de resucitación cardiopulmonar no siendo efectivas, causando exitus el paciente tras haberse completado la cirugía”.

En el informe de alta por “exitus” del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital, de 5 de febrero de 2004, que aparece sin firma, se indica como diagnóstico principal un “shock hemorrágico” y como diagnóstico secundario un “tromboembolismo pulmonar bilateral”.

En el informe del Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital se indica, sobre el estudio hemodinámico, que “se realiza éste el día 26/01/04, sin incidencias (...) siendo trasladado a su hospital de referencia”; en cuanto a la

impresión diagnóstica, “enfermedad coronaria de un vaso obtusa marginal./ VI hipertrófico con función conservada”, y en cuanto a recomendaciones, “tratamiento médico”.

En el consentimiento informado previo, suscrito por el paciente, para “cateterismo cardiaco diagnóstico” se advierte del riesgo típico de hemorragia y trombosis venosa o arterial, entre otras complicaciones que califica de “más raras” y, como excepcional, el “riesgo de muerte (1-2 por 1.000)”. En el consentimiento para “cateterismo terapéutico coronario” se indica que “otras complicaciones pudieran llegar a ser graves (hemorragia que necesite transfusión sanguínea, arritmias severas) (...); el riesgo de muerte está en torno al 1 por 100”.

En el informe técnico de evaluación, después de realizar una descripción de los hechos coincidente con lo recogido en los informes ya mencionados, se señala, en el apartado de valoración, que una vez realizado el cateterismo en el Hospital, “el paciente fue trasladado nuevamente a su hospital de procedencia en UVI móvil sin incidencias y con constantes mantenidas (...). El paciente continuó asintomático hasta las 4.40 h del día 27 de enero de 2004, en que presentó un cuadro de mareo y sudoración (...). Es razonable pensar que este episodio consistió en un sangrado tardío de la punción arterial efectuada durante el cateterismo, debido fundamentalmente a la situación de anticoagulación en la que se encontraba el enfermo (...)./ A las 7.30 del mismo día, tras otro episodio similar, se realizó un TAC urgente en el que se detectó un tromboembolismo pulmonar bilateral y un gran hematoma pélvico e inguinal derecho con extravasación de contraste, indicativo de sangrado activo por rotura vascular. Ante la gravedad de la situación, el paciente nuevamente fue trasladado al Hospital de manera urgente, en helicóptero a las 12 horas del día 27. El hemograma realizado a las 7.30 h de ese día presentaba una cifra de hematíes de 3.610.000, hemoglobina 11,5 gr y hematocrito de 34,7% frente al hecho el día anterior que arrojaba 4.990.000, 17,1 gr y 48,3%, respectivamente. A su llegada al (Hospital) fue llevado a quirófano en situación de shock hemorrágico con una hemoglobina de 4 gr (...). El

cateterismo cardíaco y la angioplastia transluminal coronaria por abordaje femoral son procedimientos realizados con un elevado margen de seguridad (...). Sin embargo, esta técnica representa un potencial riesgo de complicación en la zona de punción en pacientes anticoagulados. Estas complicaciones se presentan según la literatura hasta el 4%, y el 0,8% y requieren cirugía vascular de reparación. En estos casos un hallazgo intraoperatorio frecuente es el desgarro de la arteria femoral común”.

Continúa señalando el mismo informe que “el hecho de que se produzca la lesión nada tiene de anómalo toda vez que se trata de un riesgo típico de la técnica aplicada (el cateterismo) y como tal fue informado y admitido por el paciente (...). Cosa distinta es el momento de su detección. Mas bien cabe pensar que el sangrado no se produjo inmediatamente después de la realización del cateterismo, ya que durante el traslado en UVI móvil y a su llegada al Hospital de las constantes eran normales y fueron controladas reiteradamente. Todo apunta a que se haya iniciado posteriormente un sangrado tardío de la punción arterial en relación con la situación de anticoagulación en la que estaba el enfermo, pero que parecía manifiesto a las 04.40 h no siendo trasladado al Servicio de Cirugía Vascular hasta las 12 horas del mismo día, es decir, unas ocho horas después. El cuadro (...) coincide con una anotación existente en el curso clínico, hecha por la enfermera de Reanimación, donde se dice que la `zona de punción está inflamada y dura´”.

Concluye su informe el Inspector de Prestaciones Sanitarias proponiendo que la reclamación sea “estimada, dejando para un momento posterior de la tramitación del expediente administrativo la fijación de la cuantía indemnizatoria”.

En el dictamen médico de la asesoría, en cuanto a los hechos, ningún dato nuevo se aporta sobre la primera intervención, el cateterismo, y sobre la posterior asistencia prestada en el Hospital de Después de exponer una serie de consideraciones médicas sobre el cateterismo y el tromboembolismo pulmonar, continúa el dictamen señalando que “el hecho de que el paciente presentara dos episodios de hipotensión arterial en la

madrugada del día 27 se explicaría perfectamente por la presencia del tromboembolismo pulmonar, pero pese a ello (...) se amplía el estudio diagnóstico llegando a la conclusión de la presencia de una complicación hemorrágica secundaria a la punción arterial (...). En todo caso la cifra de hemoglobina en ese momento (11,5 g/dl) no parece justificar los episodios hipotensivos del enfermo que en nuestro criterio podrían relacionarse con nuevos episodios de tromboembolismo pulmonar. En este momento se plantea un dilema pues por un lado nos encontramos ante un TEP grave bilateral (y parece que recidivante) en el que la anticoagulación es fundamental para intentar salvar la vida del paciente, y por otro lado hemos constatado una complicación hemorrágica secundaria a la realización de una punción arterial. Se decide con buen criterio su traslado al Hospital (...)./ El traslado no se encontraba contraindicado y se realizó utilizando el medio más adecuado (helicóptero) para evitar nuevas complicaciones. El fallecimiento del paciente se produce precisamente cuando el sangrado se había solucionado y, por tanto como causa de la muerte hay que tener presentes otras posibilidades, además del shock hemorrágico, de las que una nueva embolia pulmonar parece la más probable”.

Concluye el dictamen señalando que “la actuación con este enfermo fue en todo momento (...) diligente poniendo a su disposición todos los medios habituales y extraordinarios que se consideraron necesarios”.

3. Con fecha 24 de junio de 2005 se notifica al representante de los interesados la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por plazo de quince días; plazo que transcurre sin que se presente alegación o documento alguno.

4. Con fecha 21 de diciembre de 2005, el Jefe del Servicio instructor eleva propuesta de resolución en la que, tras describir los antecedentes de hecho con expresión de los documentos incorporados al expediente, razona en derecho y propone la desestimación de la reclamación presentada por considerar que, teniendo en cuenta “los informes incorporados al expediente, se puede concluir

que los profesionales sanitarios actuaron de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, sin que por tanto se pueda extraer nota alguna de antijuridicidad del daño". En los "Fundamentos de Derecho", después de analizar la normativa aplicable y la jurisprudencia reciente sobre el concepto de la *lex artis* y la antijuridicidad del daño en la asistencia sanitaria, señala que "al contrario de lo que afirman los reclamantes en su escrito, (el paciente) sí fue informado de los riesgos de esta prueba exploratoria. En el expediente figuran los consentimientos informados". En relación con los episodios de hipotensión arterial acaecidos en el Hospital de en la madrugada del día 27, continúa señalando que los mismos "fueron tratados de forma adecuada. Ante la aparición de esta clínica y (...) de un hematoma en la ingle derecha, se decidió realizar nuevas pruebas diagnósticas, las cuales mostraron la existencia de un tromboembolismo pulmonar bilateral y una hemorragia activa en la ingle en el lugar de la punción". Sobre el momento en que se detecta la hemorragia inguinal, señala la propuesta que, aunque tiene relación con el cateterismo "parece que no se pudo apreciar el cuadro antes probablemente porque el sangrado comenzó tiempo después de la realización de la prueba y porque se trataba de una hemorragia interna que no cursa con signos externos inmediatos, siendo estos últimos en su aparición más temprana atribuibles a (la) normal realización y progresión de la prueba" y, finalmente, sobre la causa del fallecimiento, indica que "no queda acreditada de forma clara, no pudiéndose descartar que se debiera a una nueva embolia pulmonar".

Concluye señalando que "al paciente se le atendió poniendo a su disposición todos los medios posibles, se realizaron dos traslados en helicóptero y otro en UVI móvil y fue atendido por numerosos facultativos (...), se pusieron a disposición del paciente todo tipo de medios y los profesionales actuaron diligentemente, por lo que cumplido el requisito de adecuación de la *lex artis*, no cabe afirmar la responsabilidad de la Administración sanitaria".

5. Remitido el expediente a este Consejo, en tal fase del procedimiento emitimos nuestro Dictamen Núm. 29/2006, aprobado por el Pleno en sesión de

16 de febrero, concluyendo que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo en la consulta solicitada; que debe retrotraerse el procedimiento al momento en el que debió dictarse resolución acordando la apertura del periodo de prueba y la práctica de la propuesta, en los términos expuestos en la consideración Cuarta de dicho documento, y, una vez formulada nueva propuesta de resolución, recabar a este Consejo el preceptivo dictamen.

6. Con fecha 19 de enero de 2006, el Jefe del Servicio instructor remite copia del expediente a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, al objeto de dar cumplimiento a lo solicitado por la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª, del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias. La Secretaría del órgano judicial, con fecha 29 de julio de 2005 (registro de entrada de 26 de septiembre), solicitó al Servicio de Salud del Principado de Asturias la remisión del expediente, comunicándole la admisión a trámite del recurso contencioso-administrativo (procedimiento ordinario 1080/2005) interpuesto el día 20 de junio de 2005 por doña y dos más contra “desestimación presunta de la solicitud de indemnización por responsabilidad patrimonial del SESPA”.

7. Con fecha 2 de marzo de 2006, el Jefe del Servicio instructor dirige escrito al reclamante comunicándole que acuerda retrotraer las actuaciones y “acceder a la práctica de la prueba solicitada en el apartado c) del Otrosí Segundo de su escrito de reclamación (...), abrir un plazo de treinta días para que los interesados aporten la pericial médica a fin de que por la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de, tras el estudio del historial clínico de don, se emita dictamen sobre la asistencia sanitaria que le fue brindada, indicando expresamente si la misma se ha ajustado en todo momento o, por el contrario, se ha desviado de la *lex artis*”. Consta recibida la comunicación el día 8 de marzo de 2006.

8. Mediante escrito de fecha 8 de marzo de 2006, registrado en el Servicio de Salud el día 9 del mismo mes, don, en nombre y representación de doña y herederos de don, comunica la interposición de recurso contencioso-administrativo.

9. Con fecha 3 de julio de 2006, el Jefe del Servicio instructor eleva propuesta de resolución en la que, tras describir los antecedentes de hecho, con expresión de la retroacción de actuaciones y los trámites seguidos, razona en derecho y propone la desestimación de la reclamación, con base en los fundamentos de derecho ya contenidos en su propuesta de 21 de diciembre de 2005.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de julio de 2006, registrado de entrada el día 27 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 su original.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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, 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), están los interesados activamente legitimados para solicitar la reparación del daño que entienden causado, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación, actuando legítimamente a través de un representante, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la misma LRJPAC, que ha acreditado su poder de representación con la escritura notarial incorporada al expediente.

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

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 la determinación del alcance de las secuelas”. En el procedimiento que examinamos, la reclamación se presenta con fecha 9 de diciembre de 2004, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 27 de enero del mismo año, por lo que es claro que se formula dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en 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 (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación 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, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, 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. Si bien se comunica al reclamante por el Servicio instructor, el día 28 de diciembre de 2004, la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenido del precepto citado, al informarse únicamente de parte de los extremos requeridos y mediante una mera referencia a la normativa rectora del procedimiento.

Por último, observamos 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. Presentada la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 9 de diciembre de 2004, en la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 27 de julio de 2006, el plazo de resolución y notificación no sólo se había sobrepasado, sino que los reclamantes habían recurrido jurisdiccionalmente la desestimación presunta de su reclamación. No obstante, ello no impide la resolución tardía, ya que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 43.3, segundo inciso, de la LRJPAC, en los procedimientos iniciados a solicitud del interesado, "La desestimación por silencio administrativo tiene los solos efectos de permitir a los interesados la interposición del recurso administrativo o contencioso-administrativo que resulte procedente", de modo que, subsistente la obligación de la Administración de dictar resolución expresa

y de notificarla en todos los procedimientos, la Ley dispone en casos como el que nos ocupa, en el que por el vencimiento del plazo ha operado el silencio negativo, que la resolución expresa posterior se adopte “por la Administración sin vinculación alguna al sentido del silencio” (artículo 43.4, letra b), de la referida LRJPAC).

Sin embargo, dado que el procedimiento se encontraba incurso en recurso contencioso-administrativo, a cuyo fin se solicitó la remisión del expediente por el órgano jurisdiccional oportuno mediante Providencia de 29 de julio de 2005, sin que conste formalmente que dicho procedimiento judicial se halla pendiente de conclusión y sentencia, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente. Observación ésta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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, establece 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”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes

de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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 una lesión o daño antijurídico, 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.- Al no resultar controvertido el hecho que desencadena el procedimiento de responsabilidad patrimonial, el fallecimiento del marido y padre, respectivamente, de los interesados, tras la asistencia sanitaria prestada durante los días 26 y 27 de enero de 2004 en el Hospital de y en el Hospital, así como su carácter de daño efectivo y económicamente evaluable, procede, antes de cualquier otra valoración, analizar el nexo causal de esa muerte con el funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario.

Los interesados fundan su pretensión en la existencia de nexo causal entre el actuar de la Administración sanitaria, especialmente “en lo que hace

referencia a las atenciones que le fueron brindadas durante y con posterioridad al fatal cateterismo cardiaco practicado”, y el daño acaecido. En concreto, se defiende que el fallecimiento se produjo por un shock hemorrágico causado por una lesión iatrogénica de la arteria femoral común derecha y que la hemorragia fue “irrogada en el curso de un cateterismo cardiaco y advertida tardíamente por los facultativos intervinientes, dependientes todos ellos del Servicio de Salud del Principado de Asturias”, resaltando que el fallecimiento se produce “por parada cardiaca en el propio quirófano a las 15.30 horas del referido 27 de enero de 2004, esto es, a las 24 horas de practicado el cateterismo”.

Asimismo, subraya la reclamación que el paciente fue “remitido en ambulancia desde hasta cuando apenas había transcurrido una hora de practicado el cateterismo, sin dejarlo en reposo absoluto y observación en el propio Hospital, al menos durante unas horas” y que también contribuyó al fatal desenlace “que la hemorragia activa desencadenada por la lesión arterial femoral producida durante el cateterismo no fuera detectada hasta transcurridas unas 20 horas del mismo, lo que fue determinante (...) de su fallecimiento”, y apoyan esta aseveración en el comentario final del informe pericial del Dr. donde se indica que la lesión arterial “no debería haberse producido en el curso normal de los acontecimientos; por otro lado se detectó tardíamente”.

Además, en el escrito de inicio del procedimiento se pone de manifiesto que la coronariografía pautada se realiza sin haber proporcionado al paciente o a sus familiares información alguna y sin haberse recabado consentimiento informado.

Con carácter previo a cualquier otra consideración, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultados, por lo 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, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, para efectuar este juicio, responde a lo que se conoce como "*lex artis*", que servirá para determinar cuándo se han puesto los medios correctos y en qué supuestos la atención prestada al paciente ha sido la adecuada en consideración a las condiciones y circunstancias en las que se presta dicha atención. Asimismo, es importante para este caso la definición de la denominada "*lex artis ad hoc*", contenida en la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo 923/1999, de 10 de noviembre, cuyo fundamento segundo especifica que "cuando la prestación tiene un contenido técnico es donde entra en juego la *lex artis ad hoc* y, en este sentido, el criterio para determinar si la actuación del médico ha sido cuidadosa no es el ordinario, el de la persona media normalmente diligente, sino otro técnico, el del buen profesional del ramo, o sea, el relativo a la diligencia empleada por el buen especialista, que se deriva de su específica preparación científica y práctica, siempre desde la óptica del estado actual de la ciencia".

Dado que constan incorporados -páginas 66 y 67, 97 y 98, 132, 133, 134 y 135 del expediente- los documentos de consentimiento informado para cateterismo terapéutico coronario y para cateterismo cardiaco diagnóstico, consideramos innecesario un análisis de la aseveración realizada por los interesados acerca de que la coronariografía pautada se realizó sin información alguna al paciente o a sus familiares.

De este modo, la primera cuestión a resolver consiste en determinar si el cateterismo coronario en el Hospital se efectuó conforme a la "*lex artis*", cuestión que ponen en duda los reclamantes, apoyándose en el dictamen pericial que acompañan junto con su reclamación. En efecto, señala el perito de los reclamantes que "esta complicación (se refiere a la hemorragia) no es (...) necesaria ni deseable (...), ni debería haberse producido en un curso normal de acontecimientos". Sin embargo, los informes obrantes en el expediente señalan lo contrario, puesto que se trata de una complicación estadísticamente posible, cuya aparición no necesariamente debe atribuirse a una mala práctica asistencial. En el informe técnico de evaluación se indica que estas

complicaciones se presentan, según la literatura, hasta en un 4% de los casos. El dictamen médico externo, aportado por la compañía aseguradora del Principado de Asturias, habla de “complicaciones hemorrágicas mayores (que) aparecen entre el 0,3-6%” de los casos. Finalmente, ese tipo de complicaciones aparecen igualmente descritas en los documentos denominados “consentimiento informado”, que, incorporados al expediente y suscritos por el paciente, recogen la complicación hemorrágica entre las posibles, aunque las califica de “más raras”, señalando que “algunas requieren actuación urgente”, sin indicar porcentaje alguno de aparición.

Por tanto, a la vista de dichos informes, debemos concluir que esa primera intervención quirúrgica se realizó correctamente, conforme a la “*lex artis ad hoc*”, y por tanto no guarda relación alguna de causalidad con el fallecimiento.

La segunda cuestión a analizar es el traslado del paciente, una vez realizado el cateterismo en el Hospital, al Hospital de; traslado que los reclamantes juzgan inadecuado, apoyándose en el mismo dictamen pericial, que señala que “dicho traslado se lleva a efecto apenas una hora después de haber terminado la prueba. Cuando menos parece ser un momento precoz para la realización del mismo, pese a las medidas preventivas que se llevasen a cabo”. El informe del Responsable del Servicio de Medicina Interna del Hospital de señala la hora en la que se inicia el traslado (las 16.00 horas), pero indica igualmente que “no dispone de información sobre hora de comienzo ni finalización del cateterismo cardiaco”. Sin embargo, tal dato sí aparece en la historia clínica incorporada al expediente, en concreto en un documento denominado “cuidados cateterismo ambulatorio”, también aportado por los reclamantes, como documento núm. 4, donde aparece la siguiente anotación: “hora retirada introductor: 15 h”. Por tanto resulta acreditada tal manifestación de los reclamantes, pero igualmente resulta probado que tal traslado se efectuó en una UVI móvil, acompañado por personal facultativo y técnico, y está relatado como “sin incidencias”, siempre con constantes mantenidas -según señala el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de citado-.

En consecuencia, tampoco esta segunda cuestión planteada por los reclamantes aparece suficientemente acreditada como factor determinante, o cuando menos coadyuvante del desenlace final, puesto que en definitiva no se ha acreditado que tal traslado resultase contraproducente, y todo hace pensar, según los controles a los que fue sometido durante el viaje y con posterioridad, que no supuso ningún cambio negativo en la evolución del paciente.

Aparece en el escrito de los reclamantes un tercer motivo de reproche a la prestación sanitaria dispensada, cuando señalan que “resultó esencial, asimismo, en el fatal desenlace (...) que la hemorragia activa desencadenada por la lesión arterial femoral producida durante el cateterismo no fuera detectada hasta transcurridas unas 20 horas del mismo, lo que fue determinante, sin duda alguna, del shock hemorrágico causante de su fallecimiento”; cuestión esta última, la de la causa del fallecimiento, que habremos igualmente de analizar, puesto que tampoco resulta unánimemente recogida.

Los informes incorporados al expediente cuestionan en parte la afirmación de los reclamantes. Como ya hemos visto, todos los informes descartan que la hemorragia se hubiera producido desde el primer momento, es decir, finalizado el cateterismo. Los controles efectuados al paciente durante el traslado al Hospital de y durante su ingreso en el mismo, no permiten sostener la existencia de esa hemorragia, puesto que lo único que se detecta, y así aparece documentado en el informe del Servicio de Medicina Interna de, de 30 de diciembre de 2004, es que en el momento del ingreso, sobre el lugar de la punción se observó un apósito `ligeramente manchado de sangre´, destacando como el resto de los análisis son normales. No existe por ello ningún dato que permita sostener la conclusión a la que llegan los reclamantes sobre la demora durante veinte (20 horas) de la asistencia.

Lo que sí parece más probable, a la vista de todos los informes, es que, como señala el informe técnico de evaluación, la hemorragia se desencadenase en un momento posterior al cateterismo, y aunque resulta imposible conocer el instante concreto, en opinión del Inspector de Prestaciones Sanitarias, “parecía

manifiesto (se refiere al sangrado) a las 04.40 h no siendo trasladado al Servicio de Cirugía Vascul ar hasta las 12 horas del mismo día, es decir, unas ocho horas después”. El cuadro clínico puesto de manifiesto a esa hora así lo sugiere para dicho inspector, relacionándolo a su vez con una “anotación existente en el curso clínico, hecha por la enfermera de Reanimación, donde se dice que la `zona de punción está inflamada y dura ´”.

Sin embargo, esa anotación de enfermería no encuentra correspondencia alguna con una valoración médica, puesto que, según el informe del Médico Adjunto de Medicina Interna, de fecha 4 de enero de 2005, no fue hasta las 7.30 horas de ese mismo día cuando “tras la exploración se objetiva hematoma inguinal D. Con dolor en el punto de cateterismo” y no es hasta las 8.30 horas cuando, valorado por un médico adjunto de Cardiología, se le realiza un TAC torácico y adbomino-pélvico urgente, en el que “se detecta un tromboembolismo pulmonar bilateral y (...) un gran hematoma pélvico e inguinal derecho con extravasación de contraste, indicativo de sangrado activo, lo que sugiere rotura vascular” (informe del Médico Adjunto de Cardiología, de 30 de diciembre de 2004).

Todo ello nos conduce a manifestar, en el mismo sentido que lo hace el informe técnico de evaluación, que la asistencia sanitaria prestada no fue adecuada, puesto que debió haberse detectado la existencia de una hemorragia en la zona de la punción al menos a las 4.40 horas del día 17 de enero, a la vista del cuadro clínico que aparece descrito, y singularmente de la anotación de enfermería, que, por lo reflejado en el expediente, no fue objeto de valoración por los médicos responsables hasta las 7.50 horas, transcurridas más de tres horas, y no realizándosele pruebas diagnósticas (como el TAC abdominal y pélvico que reveló las lesiones) hasta las 8.30 horas. Finalmente, y dada la gravedad del paciente, tampoco parece adecuado que el traslado en helicóptero hasta el Hospital se haya demorado hasta las 12.00 horas, tres horas y treinta minutos (3.30 h) después de establecido el diagnóstico de gravedad que obligaba a realizar una intervención quirúrgica de urgencia. No existen datos en el expediente que aclaren lo que sucedió durante ese tiempo,

y la demora podría haberse debido simplemente a la imposibilidad de contar con dicho medio de transporte. Pero, en este caso, tampoco se acredita nada al respecto y la alegación y prueba de tales eventualidades corresponde a la Administración.

Por tanto, concluimos este apartado señalando que, si bien no queda probado que se haya producido una demora de unas veinte (20) horas en el tratamiento adecuado de la hemorragia, como sostienen los reclamantes, entendemos, como hace el informe técnico de evaluación, que tal hemorragia debió ser detectada y valorada médicamente sobre las 4.40 horas del día 27 de enero y que, sin embargo, el traslado del paciente al Hospital no se realizó hasta unas “ocho horas después”, lo que pone de manifiesto un deficiente funcionamiento del servicio sanitario. Los datos acerca de los resultados en el hemograma del paciente hasta el fatal desenlace nos parecen claramente reveladores de su evolución y de la incidencia en ella del elemento temporal. Así, el hemograma realizado a las 7.30 h del día 27 de enero presentaba una cifra de hematíes de 3.610.000, hemoglobina 11,5 gr y hematocrito de 34,7%, frente al hecho el día anterior, que arrojaba 4.990.000, 17,1 gr y 48,3%, respectivamente. A su llegada al Hospital fue llevado a quirófano en situación de shock hemorrágico con una hemoglobina de 4 gr.

El fallecimiento se produce mediando, además de un diagnóstico de tromboembolismo pulmonar bilateral, un diagnóstico de shock hemorrágico que no empezó a tratarse hasta la llegada al Hospital, no antes de las 12 horas (momento en que es trasladado en helicóptero desde el Hospital de), pese a que desde las 4.40 horas constaba una anotación de que la zona de punción estaba inflamada y dura.

A tenor de los informes técnicos incorporados, este Consejo no puede excluir en modo alguno la influencia o contribución al óbito del tromboembolismo pulmonar -no detectado hasta las 8.30 horas del día 27 de enero-; y aunque tampoco podemos entender éste como imputable a una mala praxis médica o a una defectuosa atención, por lo que hemos de considerarlo

derivado del desarrollo y evolución de la enfermedad padecida, es lo cierto que dicho diagnóstico aparece reflejado finalmente como secundario.

Por todo ello, este Consejo considera (al igual que el autor del informe técnico de evaluación) que, en este caso, existió una conducta médica negligente o contraria a la "*lex artis ad hoc*", lo cual nos conduce a apreciar una relación de causalidad, aunque sea parcial, entre el actuar de la Administración y el fallecimiento que determina la reclamación.

SÉPTIMA.- En orden al cálculo de la indemnización, hemos de partir de la falta de constancia en el expediente de datos ciertos acerca de la situación y relación del fallecido y los reclamantes, sin perjuicio de los vínculos matrimonial y paterno filial invocados, de las que pudieran derivarse y concretarse daños dentro del daño moral inherente a la fatal pérdida del esposo y padre. En estas circunstancias no parece inapropiado valerse del baremo establecido al efecto en el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), que, si bien no resulta de aplicación obligatoria, viene siendo generalmente utilizado, con carácter subsidiario y orientativo, a falta de otros criterios objetivos.

La cuantía solicitada en la reclamación (cien mil euros para la esposa y treinta mil para cada uno de los dos hijos) excede de la prevista en la norma citada para el supuesto de fallecimiento de una persona de sesenta y tres años con cónyuge e hijos mayores de veinticinco años, no amparada sino en la invocación de los "enormes daños y perjuicios morales y patrimoniales", sin acreditación alguna de esa magnitud. Por otra parte, no pudiendo este Consejo excluir la concurrencia en el fallecimiento de una secuela o lesión propia del devenir de la enfermedad de base padecida, consideramos que ha de reducirse la cuantía en un 50%, resultando una indemnización de cuarenta y cinco mil ciento treinta y nueve euros (45.139 €) para la esposa del fallecido y una de tres mil setecientos sesenta y dos euros (3.762 €) para cada uno de sus hijos.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este Dictamen, procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, estimando parcialmente la reclamación presentada, reconocer una indemnización a favor de doña....., por importe de cuarenta y cinco mil ciento treinta y nueve euros (45.139 €), y a favor de don..... y doña, por importe de tres mil setecientos sesenta y dos euros (3.762 €) a cada uno.”

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.