

Expediente Núm. 220/2006
Dictamen Núm. 245/2006

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 26 de julio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña y don, en su propio nombre y en el de su hermano don, como consecuencia de lo que califican de defectuosa asistencia sanitaria dispensada a su madre, doña, en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de diciembre de 2005, doña y don, en su propio nombre y en el de su hermano don, presentaron en el Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la

defectuosa asistencia sanitaria dispensada a su madre, doña, en el Hospital, de, lo que condujo a su muerte.

Inician su reclamación indicando que su madre "fue intervenida en el Hospital el día 19 de julio de 2005 por fractura subtrocantérea derecha por traumatismo en cadera donde había ingresado el día 14 inmediato anterior./ En dicha intervención se le realiza osteosíntesis de la fractura con un clavo Gamma largo, debiendo permanecer durante los primeros 15 días sin apoyar el miembro inferior derecho debido al tipo de fractura; siendo dada de alta por mejoría el 8 de agosto de 2005 y trasladada al Hospital a los efectos de realizar la rehabilitación".

Continúan los reclamantes detallando que su madre, de 67 años de edad, ingresó el 10 de agosto en la Unidad de Transición del citado hospital, donde "se le efectuaron exámenes complementarios dando como resultado que `estaban dentro de la normalidad´, como así expresamente se manifiesta en el informe de alta de hospitalización emitido el 22 de agosto de 2005 (...). Como se ha indicado el 10 de agosto (...) ingresa en el citado centro hospitalario y en los días inmediatamente siguientes es examinada por dos médicos de rehabilitación, debido a las vacaciones, y no es hasta el día 18 cuando le informan que le darán una contestación sobre la rehabilitación al día siguiente 19 de agosto (...). A las 00:00 horas del día 19 de agosto la paciente vomitó estando acostada en la cama, debido a que no le había sentado bien, porque no le había gustado la cena que le habían dado; y, pese a las quejas de los familiares, no tuvo ningún cuidado de enfermería (...) ni fue llamado ningún médico de guardia para que examinara cuál podía haber sido la causa del vómito, así como los problemas tanto respiratorios como de pérdida de conciencia que estaba presentando (...). Sin cuidados ni atención alguna, pese a encontrarse en un centro hospitalario ingresada, llegada la mañana, al comenzar los turnos de trabajo acudió un médico, de visita rutinaria, que observó que padecía disminución del nivel de conciencia y que estaba disneica, efectuándole Rx de tórax, analítica y GAB urgente para descartar neumonía por

broncoaspiración; da como resultado que existía una cardiomegalia con aumento de densidad en base izquierda y patrón intersticial compatible con broncoaspiración; falleciendo el día 21 de agosto de 2005 en dicho hospital (...) debido a ese padecimiento que sufrió durante la estancia hospitalaria sin ser debidamente atendida”.

A la vista de tales circunstancias, concluyen los reclamantes señalando que “se puede dilucidar claramente que ha existido una falta de diligencia por parte del personal del Hospital a la hora de no ser atendida al momento del vómito (...), una desatención absoluta que después de más de ocho horas se convirtió en una implacable enfermedad que ya no tenía solución”.

Por ello, señalan a continuación, “teniendo en cuenta las circunstancias de convivencia con sus hijos, los ingresos mensuales que la misma aportaba a la unidad familiar, con su pensión no contributiva por un lado y su prestación por pensión compensatoria, así como el hecho de que el dicente don tiene una pequeña minusvalía por importe de 245,43 euros mensuales, y la circunstancia de la incapacidad temporal que la dicente doña está soportando por sufrir neurosis depresión debido al fallecimiento de la madre en las circunstancias indicadas, así como daños morales”, solicitan “una indemnización de 180.000 euros”.

Junto con la reclamación presentan los interesados informe del Servicio de Traumatología del Hospital, librado el 8 de agosto de 2005, con ocasión del alta en el referido hospital; informe de alta de hospitalización, destino exitus, emitido el 22 de agosto de 2005; copia de la misiva recibida, comunicando la actualización de la pensión de la fallecida; informe del Alcalde sobre su convivencia domiciliaria con dos de sus hijos; certificaciones del Registro Civil acreditativas del fallecimiento y de la condición de hijos de la fallecida; certificación de la pensión no contributiva percibida por uno de los reclamantes durante el año 2004 y copia del parte médico de incapacidad temporal de la hija de la fallecida, de 24 de agosto de 2005.

2. Mediante escrito fechado el 12 de enero de 2006, con registro de salida de la misma fecha, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a los interesados la fecha en que ha tenido entrada en la Administración su reclamación y la incoación del oportuno procedimiento, así como las normas con arreglo a las cuales se tramitará en dicho Servicio.

3. Al expediente se ha incorporado el parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria, de fecha 27 de enero de 2006, una copia de la historia clínica de la paciente y una copia del informe de la Supervisora de Enfermería de la Unidad 3ª derecha en relación a los hechos denunciados, fechado el día 25 de enero de 2006. En dicho informe se indica que “a las 00:00 horas del día 19 de agosto avisan de que la paciente vomita estando acostada en la cama. La paciente es valorada por el enfermero de la Unidad trabajando en turno de noche en ese momento, no detectando ningún signo ni síntoma de broncoaspiración procediéndose a la administración de los cuidados de enfermería como son la limpieza y cambio tanto de ropa de la cama como de la postura de la paciente quedando registrado esto tanto en observaciones de enfermería como en el registro de actividades a las 00:00 horas”.

Añade, a continuación, que “a las 03:00 horas y nuevamente a las 06:00 se cambia el pañal y se realiza el cambio postural a la paciente tal como está pautado en el plan de cuidados, no observándose ningún cambio significativo en el estado general de la paciente. A las 7 horas el enfermero de turno de la noche toma la temperatura a la paciente y valora nuevamente su estado general, sin encontrar ningún signo ni síntoma de broncoaspiración como fiebre, disnea o agitación dejando reflejado en observaciones de enfermería que ha pasado la noche tranquila, aunque algo desorientada”.

Finaliza su informe señalando que “de todo lo indicado se puede deducir que en todo momento se prestaron los cuidados de enfermería adecuados por parte del personal de la Unidad quedando constancia de ello a través del registro de las firmas”. Adjunta copia de las hojas de órdenes terapéuticas.

4. Mediante oficio de 8 de febrero de 2006, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias solicita la ampliación del anterior informe a los hechos acontecidos tras el día 19 de agosto de 2005. Al efecto, la Supervisora de Enfermería de la Unidad remite un nuevo informe más amplio, fechado el 27 de febrero de 2006, en el que señala que “el día 19 de agosto, durante el turno de mañana el personal de enfermería coloca a la paciente una sonda vesical, recoge una muestra de orina para realizar un cultivo, canaliza una vía venosa para iniciar tratamiento con suero terapia y extrae muestras de sangre para realizar hemograma, bioquímica y gases arteriales”.

Añade, seguidamente, que “se continúan realizando las actividades arriba citadas pero además se vigila el apósito de la vía venosa una vez por turno cambiándose el apósito una vez al día hasta el exitus de la paciente el día 21 de agosto./ Se sigue realizando la cura diaria de sacro así como el aseo general de la paciente todos los días durante el turno de mañana. Se cambia a la paciente de postura cada tres horas previo cambio de pañal./ Desde el día del ingreso hasta el exitus de la paciente el personal de enfermería hace referencia al estado general de la paciente en todos los turnos y avisa al médico de guardia el día 20 de agosto en el turno de la mañana y en el turno de la noche y el 21 de agosto dos veces en el turno de la mañana hasta que la paciente es exitus”.

5. El día 8 de marzo de 2006 se elabora el Informe Técnico de Evaluación por la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto. En dicho informe, después de relatar el proceso asistencial objeto de la reclamación, analiza los antecedentes clínicos de la paciente, la evolución de la broncoaspiración y el fundamento de la reclamación.

En cuanto a los antecedentes clínicos, refleja, entre otros, un accidente cerebro vascular vertebrobasilar en abril de 2004 y una cardiomegalia, patrón intersticial con cierto componente de fallo. Afirma que “la broncoaspiración de contenido gástrico u orofaríngeo es un fenómeno frecuente en pacientes

críticos, y cuenta con una elevada mortalidad (...)./ Suele ocurrir en enfermos en estado de inconsciencia o con incapacidad de moverse, surgiendo la dificultad para respirar, la crisis de tos, el estridor, disfonía, cianosis y pérdida de conocimiento, evolución diferente lógicamente, según se trate de manera precoz o no, ya que es obligado para la recuperación, extraer la sustancia que obstruye las vías respiratorias, por medio de maniobras o primeros auxilios, y si con éstos no se liberan, es preciso hacer una traqueotomía./ En el caso que nos ocupa, es previsible que la aspiración fuese de líquidos”.

Respecto al fundamento de la reclamación, señala que “no se puede hablar de mala praxis ya que, en todo momento, la atención prestada por el personal de enfermería, se ajustó a la protocolización existente en el Servicio para los pacientes ingresados, al igual que la asistencia proporcionada por el personal médico, que estuvo ajustada a los criterios de la lex artis (...). Los cuidados y atenciones se prestaron de forma correcta, según protocolo confeccionado en el Servicio para la atención de estos pacientes, con una secuencia y un intervalo de tiempo así consensuado por el personal médico y de enfermería, imposible plantear que en la sanidad pública la atención presencial del personal de enfermería sea permanente”.

Concluye la Inspectora de las Prestaciones Sanitarias su informe proponiendo la desestimación de la reclamación presentada.

6. Con fecha 10 de marzo de 2006, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia del expediente a la correduría de seguros y, con fecha 16 de mayo de 2006, se elabora un dictamen médico, a instancia de la compañía de seguros del Principado de Asturias, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En el mismo se analiza la causa de la muerte, señalándose que la paciente “falleció a consecuencia de una neumonía, probablemente por aspiración, estando ingresada en el postoperatorio (...). Alrededor del 1% de los enfermos intervenidos quirúrgicamente presenta una neumonía y en ellos la mortalidad es diez veces mayor que los que no

presentan neumonía (...). Al comprobar que existe una condensación en la radiografía de tórax y aparece fiebre se interpreta correctamente como neumonía por aspiración y se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Hay que insistir aquí, que después de comprobar que el enfermo tiene una broncoaspiración sólo es necesario tratamiento antibiótico cuando aparece la infección bacteriana (...). La neumonía por aspiración es una grave afección con una mortalidad del 23% (...). La aparición de la neumonía por aspiración es una consecuencia del vómito que la enferma presentó y no una consecuencia de un déficit de cuidados (...). Los cuidados de enfermería y médicos fueron correctos en todo momento”.

7. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio fechado el día 8 de junio de 2006 y notificado el 14 del mismo mes, uno de los interesados comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia íntegra del expediente, detallándose en la diligencia correspondiente que el mismo está compuesto “al día de la fecha (28-06-06)” por ciento cuatro (104) folios.

8. El día 4 de julio de 2006 uno de los interesados presenta en las oficinas de correos un escrito de alegaciones en el que reitera la “ausencia total del seguimiento médico, quirúrgico y de enfermería”, razonando que, tras el vómito de la paciente, “no se llama al médico pese al hecho cierto de la trascendencia que dicho vómito ha podido tener”, siendo el médico de guardia “el que tiene que valorar las consecuencias o las causas de ese vómito estando en la cama, sin causa alguna, para ser él mismo el que determine si tiene o no síntoma de broncoaspiración, o si deben tomarse unas medidas determinadas para que no exista el problema que dio lugar al fallecimiento”.

Añaden los interesados que no se dispensó la atención adecuada con la debida prontitud, habida cuenta de que, como se recoge en el informe técnico de evaluación elaborado por la Inspectora de Prestaciones Sanitarias la evolución de la broncoaspiración es “diferente lógicamente, según se trate de

manera precoz o no, ya que es obligado para la recuperación, extraer la sustancia que obstruye las vías respiratorias, por medio de maniobras o primeros auxilios, y si con éstos no se liberan, es preciso hacer un traqueotomía”.

9. Mediante oficio fechado el 5 de julio de 2006, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite a la entidad aseguradora del Principado de Asturias y a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

10. El día 7 de julio de 2006 el instructor elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar que todo el proceso asistencial prestado a la paciente fue adecuado y conforme a la *lex artis ad hoc*. En efecto, se señala que “se trata de una paciente de 67 años de edad en la época de los hechos (...). Entre sus antecedentes personales, se recoge que estaba afectada de hipertensión arterial, intervenida de prótesis mitral por doble lesión de esta válvula en el mes de diciembre de 2003, presentando una cardiomegalia y estando a tratamiento con anticoagulantes orales, habiendo ya sufrido un accidente cerebro vascular en el mes de abril de 2004 (...). Cuando llevaba 10 días ingresada, siendo 19 de agosto de 2005, la paciente amanece con disminución del nivel de conciencia y disnea, tras haber vomitado por la noche. Se comienzan los estudios dirigidos a descartar una neumonía por broncoaspiración, llevando a la conclusión de que la paciente había sufrido un fallo cardíaco y/o un tromboembolismo pulmonar (...). Con pronóstico de enferma muy grave, se atendió el proceso evolutivo según las complicaciones surgían”.

Se detallan en la propuesta las sucesivas atenciones dispensadas a la paciente, según se desprende de los informes incorporados al expediente, concluyendo que “en el caso que nos ocupa, la actuación médica fue correcta y adecuada a la *lex artis*, ya que el tratamiento instaurado en todo momento

estuvo acorde al rigor científico exigido. Los cuidados y atenciones se prestaron de forma correcta, según protocolos confeccionados en el Servicio para la atención de estos pacientes, con una secuencia y un intervalo de tiempo asistencial consensuado por el personal médico y de enfermería, siendo impensable el poder plantear que en la sanidad pública la atención presencial al enfermo por personal de enfermería sea permanente./ No existe relación de causalidad entre la asistencia médica prestada a la perjudicada y las consecuencias negativas ocurridas en el conjunto del proceso asistencial, constituyendo un daño que la propia paciente está obligada a soportar”.

Después de citar la doctrina jurisprudencial que considera de aplicación, termina proponiendo desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial examinada.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 26 de julio de 2006, registrado de entrada el día 1 de agosto de 2006, 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, cuyo original adjunta.

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), los interesados que suscriben la reclamación de responsabilidad patrimonial se encuentran activamente legitimados para formularla, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

No obstante, los firmantes del escrito dicen actuar también en representación de su hermano don, sin que de lo actuado en el procedimiento resulte acreditado el cumplimiento 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". Pese a ello, la Administración ha tramitado el procedimiento. Dado que el artículo 32.4 de la referida LRJPAC autoriza a subsanar la falta o insuficiente acreditación de la representación, el órgano administrativo deberá comunicar a los solicitantes que disponen de un plazo de diez días para corregir tal omisión. Entendemos que no deberá dictarse resolución que ponga fin al procedimiento sin antes cumplir con este trámite.

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.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula dicha 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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 28 de diciembre de 2005, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 21 de agosto del mismo año, por lo que es claro que lo fue 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 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.

No obstante, hemos de señalar que 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, 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 los reclamantes por el servicio instructor la fecha de recepción de su solicitud y 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 rectora del mismo.

Por último, 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. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 28 de diciembre de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 1 de agosto de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido rebasado. 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 Española 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 aquellos, 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.- Analizada la reclamación presentada y los informes incorporados al expediente, se concluye que no existe discrepancia alguna en relación con los hechos, ya que, aunque los reclamantes alegan “una ausencia total del seguimiento médico, quirúrgico y de enfermería”, los propios interesados admiten que la enferma fue asistida por personal de enfermería y por el médico de guardia del turno de mañana.

No habiendo duda del daño por el que se reclama, el fallecimiento de la paciente, los interesados basan su argumentación en la existencia de un nexo causal entre el actuar de la Administración sanitaria y el daño acaecido. A este respecto, hemos de concretar que no se cuestiona la asistencia recibida por la enferma tras la detección de la broncoaspiración, sino la tardanza en ser

examinada por el médico de guardia. La controversia planteada se reduce a la cuestión de si a la paciente se le dispensó, en los momentos posteriores al vómito, la atención adecuada con la debida prontitud, toda vez que, como se recoge en el informe técnico de evaluación elaborado por la Inspectora de Prestaciones Sanitarias, la evolución de la broncoaspiración es “diferente lógicamente, según se trate de manera precoz o no, ya que es obligado para la recuperación, extraer la sustancia que obstruye las vías respiratorias”.

Hemos de recordar que tratándose de la Administración sanitaria, el servicio público por ella prestado debe siempre 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 ésta 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. La Administración sanitaria no tiene la obligación de curar, sino de aplicar todos los remedios posibles en función del estado de la ciencia en cada momento (entre otras, Sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 11 de marzo de 1991, y Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª, de 19 de julio de 2004). Debemos, por tanto, averiguar si se dejó de proporcionar a la enferma el cuidado sanitario que se podía demandar según los medios exigibles a la sanidad pública y al estado de la ciencia y, más concretamente, responder a la pregunta de si la Administración sanitaria tenía la obligación, conforme a la “*lex artis*”, de prestar una asistencia especializada y permanente que venga a garantizar la detección precoz de aquellos procesos patológicos que no se exteriorizan con síntomas notorios e inmediatos.

Como ya hemos recordado en otros Dictámenes (35/2006, entre otros), la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria ha de extenderse también a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrita a la del tratamiento médico al paciente. Pero, siguiendo el criterio anterior, ello no comporta el derecho de éste a un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen

las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

En el presente caso, cobra relevancia el informe de la Supervisora de Enfermería de la Unidad 3ª Derecha en relación a los hechos denunciados, fechado el 25 de enero de 2006. En dicho informe se indica que “a las 00:00 horas del día 19 de agosto avisan de que la paciente vomita estando acostada en la cama. La paciente es valorada por el enfermero de la Unidad trabajando en turno de noche en ese momento, no detectando ningún signo ni síntoma de broncoaspiración procediéndose a la administración de los cuidados de enfermería como son la limpieza y cambio tanto de la ropa de la cama como de la postura de la paciente quedando registrado esto tanto en observaciones de enfermería como en el registro de actividades a las 00:00 horas”. Añade, a continuación, que “a las 03:00 horas y nuevamente a las 06:00 se cambia el pañal y se realiza el cambio postural a la paciente tal como está pautado en el plan de cuidados, no observándose ningún cambio significativo en el estado general de la paciente./ A las 7 horas el enfermero del turno de la noche toma la temperatura a la paciente y valora nuevamente su estado general, sin encontrar ningún signo ni síntoma de broncoaspiración como fiebre, disnea o agitación dejando reflejado en observaciones de enfermería que ha pasado la noche tranquila, aunque algo desorientada”. Los hechos relatados permiten afirmar que en todo momento se prestaron los cuidados de enfermería adecuados, quedando constancia de ello a través del registro de las firmas.

En relación a los cuidados médicos, alegan los interesados que tras el vómito de la paciente “no se llama al médico pese al hecho cierto de la trascendencia que dicho vómito ha podido tener”, siendo el médico de guardia “el que tiene que valorar las consecuencias o las causas de ese vómito”. No obstante, entendemos que no es exigible al personal de enfermería la apreciación certera de un eventual padecimiento antes de que aparezcan los síntomas que lo evidencien, por lo que tampoco debe exigirse a estos

profesionales que den aviso inmediato al médico de guardia faltando tales evidencias.

El informe de la Supervisora de Enfermería fechado el día 27 de febrero de 2006, acredita que se avisa al médico de guardia el día 20 de agosto en el turno de mañana y en el turno de noche y el 21 de agosto dos veces en el turno de mañana, hasta que la paciente es "exitus". Por ello, el informe técnico de evaluación es concluyente al afirmar que "no se puede hablar de mala praxis, ya que en todo momento, la atención prestada por el personal de enfermería, se ajustó a la protocolización existente en el Servicio para los pacientes ingresados, al igual que la asistencia proporcionada por el personal médico, que estuvo ajustada a los criterios de la `lex artis` (...). Los cuidados y atenciones se prestaron de forma correcta, según protocolo confeccionado en el Servicio para la atención de estos pacientes, con una secuencia y un intervalo de tiempo así consensuado por el personal médico y de enfermería".

Este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que tampoco es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas que lo evidencien con certeza. De este modo, ni siquiera puede afirmarse que la asistencia inmediata de un médico de guardia hubiera alterado el devenir del proceso, lo que corrobora la falta de nexo causal entre el servicio prestado a la perjudicada y las consecuencias negativas ocurridas en el conjunto del proceso asistencial.

En razón de lo expuesto, concluimos que no queda acreditada ninguna actuación, por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues tanto su conducta como la práctica de las correspondientes pruebas se ajustaron a la sintomatología que la paciente presentó en cada momento, sin que se pudiera sospechar en un momento inicial la patología finalmente desencadenada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por doña y don

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.