

Expediente Núm. 152/2008
Dictamen Núm. 346/2009

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de septiembre de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 9 de julio de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de lo que considera una deficiente asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de noviembre de 2007, una procuradora de los Tribunales en nombre y representación de la viuda y dos hijas del perjudicado presenta, en el registro de la Administración del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños causados por el fallecimiento del esposo y padre de sus representadas como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada en un hospital de la red pública asturiana.

Inicia el relato de lo sucedido refiriendo que el ahora fallecido (en adelante paciente) es ingresado en el Servicio de Urgencias del hospital el 26 de noviembre de 2006, en donde le diagnostican “una neumonía”. Al día siguiente, “la neumóloga que le asignan (...) les dice que su padre y esposo está grave (...) y que además la noche del ingreso tuvo un fallo cardíaco”, aunque el médico de guardia no consideró oportuno su ingreso en la UVI, y que “le pusieron el tratamiento correspondiente en planta”.

Continúa señalando que el martes 28 de noviembre la neumóloga comunica a la familia que el paciente está mejor pero “que hay que seguir esperando su evolución”. Sobre las ocho de la mañana del 29 de noviembre sufre una “parada”, tras ser reanimado “se le dice a la familia que (...) estuvo en parada 30 minutos y que los daños cerebrales pueden ser importantes, que tienen que esperar a que pasen 24 horas, para hacerle un encefalograma”.

Añade que “ese mismo día (...) 29 de noviembre, llama una persona a casa (del paciente) desde el centro de salud (...), identificándose como Jefe del Departamento encargado de Enfermedades de Declaración Obligatoria (...) para decirles que como (el paciente) tiene legionela, tienen que hablar con la familia para preguntarles los lugares que frecuentaba él, y así saber si pudiera haber un posible brote”; hecho éste del que no fueron informados por el personal sanitario del Hospital “X”.

El día 30 de noviembre preguntan a una médica de la UVI “sobre el tema de la legionela, les dice que no sabe nada, que tiene que preguntarlo (...) y al volver les dice que sí, que se había detectado en la orina, pero que no es relevante ya”.

El día 31 de noviembre se informa a al familia del “deterioro cerebral muy fuerte” y finalmente, el paciente fallece el día 3 de diciembre de 2006.

Sostiene que, “dada la gravedad de su estado, nunca dicha ni explicada a la familia, hasta que no estuvo con parada cardiorrespiratoria, debía haber sido ingresado en (la) UVI desde Urgencias” y que “no se le realizó, a pesar de tener la pauta en Urgencias de todos los hospitales, la determinación del antígeno en orina de la legionela” pues “el diagnóstico rápido es muy

importante”, teniendo en cuenta además que “afecta al corazón, y (el perjudicado) ya tenía una insuficiencia cardiaca, con lo que entraba en un riesgo mayor”. Termina manifestando que la medicación aplicada al perjudicado no fue la más adecuada.

Solicita que por el Director del hospital se expida una copia literal y “completa” de la historia clínica del perjudicado, “la apertura de un periodo probatorio a fin de acreditar los hechos relatados” y, asimismo, que sus representados sean indemnizados en la cuantía de ciento veinte mil euros (120.000 €).

Al escrito de reclamación acompañan copia de los siguientes documentos: a) Poder judicial a favor de la procuradora de los Tribunales. b) Tres escritos dirigidos al Hospital “X” en los que reclaman la “historia clínica completa” del perjudicado. c) Historia clínica que califica de “incompleta” del paciente remitida por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, entre la que se encuentra un informe del Servicio de Neumología, de fecha 26 de febrero de 2007, realizado a solicitud de la familia, “antecedentes cardiológicos que constaban en la historia clínica y otros antecedentes que pudieran resultar de interés”.

2. Mediante escrito de 13 de diciembre de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de Prestaciones Sanitarias notifica a la representante de los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará. Asimismo, le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud”. Finalmente le advierte que “dispone de diez días, a contar desde el siguiente al del recibo de la presente notificación, para acreditar la relación de parentesco de todas las personas que figuran en el escrito de reclamación con (el perjudicado), indicándole que de no recibirse

contestación en el plazo anteriormente señalado, se le tendrá por desistida de su petición”.

3. El día 17 de diciembre de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital “X” que le sea remitida una “copia literal y completa de la historia clínica” del perjudicado, así como un informe actualizado del Servicio de Medicina Interna.

4. Ese mismo día, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente. Entre dicha documentación figura una copia del Libro de Familia de las interesadas donde se comprueba la relación de parentesco alegada. Posteriormente, con fecha 8 de enero de 2008, la representante de las interesadas aporta certificaciones de matrimonio y de nacimiento de las hijas, que igualmente prueban su relación de parentesco con el paciente.

5. Con fechas 8 y 10 de enero y 26 de febrero de 2008, respectivamente, el Gerente del hospital remite al Servicio instructor los informes emitidos por los Servicios de UCI, de Urgencias y de Neumología.

En el primero de ellos, el Jefe de Servicio de la UCI manifiesta que el perjudicado “ingresó en Neumología procedente del Servicio de Urgencias el día 26-11-2006 con diagnóstico de neumonía comunitaria (...), siendo etiquetada posteriormente de atípica (*Legionella pneumophila*)”. El día 27-11-2006 se objetiva “clínica y radiológicamente la existencia de insuficiencia cardiaca izquierda sobre su cuadro neumónico, decidiéndose conjuntamente iniciar tratamiento (...) y ver evolución (...). Se dejó constancia oral y por escrito de avisar para ingreso en UCI, presentando recuperación progresiva de la insuficiencia respiratoria del paciente (...). El 29-11-2006 a las 07:59 horas (...) los médicos de guardia (...) encuentran al paciente en parada cardiorrespiratoria (asistolia) (...). Tras 30 minutos de RCP avanzada (...) recupera ritmo propio y pulso, siendo trasladado a este Servicio intubado y con

ventilación manual (...). La exploración neurológica impresiona de gravedad (falta de reflejos y anisocoria), instaurándose ventilación mecánica con sedación de Propofol (...), drogas vasoconstrictoras y por presentar fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida se inicia tratamiento con Amiodarona. Se continúa con los mismos antibióticos que se pautaron en planta (...). El día 30-11-2006, tras la retirada de la sedación con Propofol, la evolución neurológica así como electroencefalográfica no muestra actividad cortical alguna./ Posteriormente deterioro hemodinámico con hipotensión, bradicardia y oligoanuria siendo exitus el día 3-12-2006 a las 23:40 horas”.

La Jefa de la Unidad de Urgencias indica que se le realizó al paciente una exploración clínica y diversos estudios complementarios: “hemograma, bioquímica, gasometría, coagulación, Rx y EKG (...). Fue diagnosticado de neumonía comunitaria, con criterios de ingreso hospitalario”.

El informe del Servicio de Neumología, realizado “a petición de la familia” señala que “con fecha 27-11-06 (el perjudicado) es visto por Neumología y tras la revisión de la (historia) previa así como de la (historia) actual y de la exploración del paciente, se llega a los diagnósticos de:/ 1. Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño severo (...). 2. HTA con ecocardio previo donde se observaba una A.I. dilatada aunque con una función de V.I. normal./ 3. Neumonía grave de la comunidad con componente añadido de insuficiencia cardiaca”, indicando a continuación, que “durante esa misma mañana y tras la valoración clínica (...) se piden controles radiológicos, analíticos y gasométricos”.

Más adelante, refiere que el día 27 por la tarde “está clínicamente estable”. El día 28 “no presenta grandes cambios desde el punto de vista respiratorio” y la impresión diagnóstica “es que dentro de la gravedad el paciente permanece estable. Con fecha 29-11-06 llega antígeno de legionela en orina positivo que nos confirma el diagnóstico de neumonía grave de la comunidad, en este caso por Legionella pneumophila, y en este sentido se mantienen los antibióticos pautados inicialmente, añadiéndose esteroides i-v”.

Finaliza el informe señalando que “el mismo día 29 el paciente hace un cuadro brusco con parada cardio-respiratoria que es atendida por la UCI pasando con esa fecha a dicha Unidad y, según informe de UCI, con fecha 3-12-06 el paciente es exitus”.

6. Con fecha 10 de marzo de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, afirma que “la neumonía adquirida en la comunidad es la causa de muerte de origen infeccioso más frecuente en la población anciana”. Añade que “aproximadamente el 50% de las neumonías comunitarias atendidas en los servicios de Urgencias es ingresado. De estos procesos, tan sólo entre el 3% y el 18% precisa ingreso en la UCI. La *Legionella pneumophila* es el segundo microorganismo responsable de las neumonías comunitarias graves (...), después de las producidas por *Streptococcus pneumoniae*, y los principales motivos de ingreso son la insuficiencia respiratoria aguda y el shock séptico (...). La neumonía por *Legionella pneumophila* no presenta ni una clínica ni un patrón radiológico específico; por tanto, son precisos métodos de laboratorio específicos para llegar al diagnóstico. Dentro de estas pruebas, se halla la detección del antígeno urinario”. En cuanto al “tratamiento antimicrobiano (...), las fluoroquinolonas (son) una alternativa para el tratamiento antimicrobiano de estas entidades clínicas, tal como se ha hecho desde el principio con el paciente que nos ocupa asociándosele una cefalosporina”.

Finaliza el informe técnico de evaluación señalando que la “actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”.

7. Mediante escritos de 10 de marzo de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 26 de abril de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En él concluyen que “el paciente murió como consecuencia de una parada cardiorrespiratoria en el seno de una neumonía por legionela (...). El enfermo presentaba un cuadro clínico de sugestivo de neumonía por legionela, que se confirmó con una antigenuria positiva (...). Desde el momento del ingreso el enfermo fue tratado con el antibiótico idóneo para legionela (...). La neumonía que padecía este paciente no presentaba ninguno de los criterios de ingreso en UCI (...). La administración de Haloperidol fue necesaria y adecuadamente indicada (...). El hecho de que la familia conociese por el servicio de vigilancia epidemiológica y no por el hospital que el paciente tenía legionela probablemente se deba a que el sistema de comunicación de enfermedades de declaración obligatoria es automático y se informa al organismo competente desde el laboratorio de Microbiología cuando se obtiene un resultado positivo y el sistema de comunicación es más rápido que el correo interno del hospital (...). Este retraso no tiene ninguna trascendencia para el enfermo que ya estaba siendo tratado de forma adecuada para la neumonía por legionela (...). La actuación médica seguida en este caso ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

9. Mediante escrito de fecha 7 de mayo de 2008, se comunica a la representante de las interesadas la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El 19 de mayo de 2008 se persona ésta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo, compuesto en ese momento de cuatrocientos seis (406) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

10. Con fecha 30 de mayo de 2008, aquélla presenta un escrito de alegaciones en el registro de la Administración del Principado de Asturias. En él se reafirma en su reclamación inicial y sostiene que “hay una conexión causal entre los

daños padecidos (por el perjudicado) y el funcionamiento de los servicios públicos, que por no atender al paciente en debida forma le causaron fatal daño”.

11. El día 18 de junio de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella se sostiene que “el paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna (Neumología) (...) con diagnóstico de neumonía comunitaria (...), siendo etiquetada posteriormente de neumonía atípica por *Legionella pneumophila* (...), y se decidió mantener al paciente en planta con los tratamientos (...). Esta decisión se tomó de acuerdo con el criterio existente al respecto, según el cual sólo ingresan en UCI las neumonías comunitarias e insuficiencias cardíacas que no respondan a tratamiento médico en planta y que requieran soportes especiales (...), lo cual no se daba en el paciente en aquel momento. El 29 de noviembre (...) se objetiva (...) antígeno de legionela en orina positivo (...), se mantienen los antibióticos pautados inicialmente, añadiéndose esteroides intravenosos. El mismo día 29 el paciente hace un cuadro brusco con parada cardio-respiratoria”, es reanimado y se le traslada a UCI con “exploración neurológica que impresiona de extrema gravedad (...). El día 30 de noviembre (...) no muestra actividad cortical alguna y después de un deterioro hemodinámico falleció”.

Añade que “el tratamiento antibiótico pautado era el más adecuado para tratar la legionela y que se puede afirmar que la administración de Haloperidol estaba indicada y fue correcta en este paciente”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de julio de 2008, registrado de entrada el día 18 de 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 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 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, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de 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 las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron; interesadas que pueden actuar legítimamente a través de representante con poder bastante.

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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de noviembre de 2007, habiendo tenido lugar el fallecimiento del

paciente el día 3 de diciembre de 2006, por lo que es claro que fue formulada 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.

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a la representante de las interesadas, a efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC, incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la misma, "el día siguiente al de recibo de la presente notificación", sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, "desde que se inició el procedimiento". En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de las personas interesadas y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha

en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Igualmente, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se habían rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. 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 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 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.- Imputan las interesadas a la Administración sanitaria el daño derivado del fallecimiento, respectivamente, de su padre y esposo, por considerar que se debió a una deficiente prestación del servicio sanitario público.

No existe duda de la realidad del daño por el que se reclama, el fallecimiento del paciente. En todo caso, la constatación de la existencia de un daño con ocasión de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues para ello debe verificarse si, como sostienen las reclamantes, se ha producido una defectuosa asistencia sanitaria causalmente unida al fatal desenlace.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente. Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Las interesadas reprochan al servicio público sanitario, en primer término, que “dada la gravedad de su estado, nunca dicha ni explicada a su familia, hasta que no estuvo con parada cardiorresporatoria, debía haber sido ingresado en la UVI desde Urgencias”; en segundo lugar, que “no se realizó (...) la determinación del antígeno en orina de la legionela” con la urgencia necesaria, dados sus antecedentes cardíacos. Por último, que la medicación aplicada al paciente no fue la más adecuada.

En prueba de sus imputaciones, únicamente aportan lo que consideran como una historia clínica “incompleta”, facilitada por el servicio sanitario, junto con diversos informes públicos sobre patologías previas del paciente. Analizada dicha documentación, junto con la incorporada por la Administración sanitaria, este Consejo Consultivo no puede compartir la tesis de las reclamantes y, en consecuencia, nuestro dictamen ha de ser contrario a sus pretensiones.

Comenzando por el primero de sus reproches, el relato de su propia representante señala que al día siguiente del ingreso “la neumóloga (...) les dice que su padre y esposo está grave”, añadiendo que al siguiente se les

indica que “hay que seguir esperando su evolución”. Por tanto, desde el primer momento las interesadas reconocen haber sido advertidas, por la neumóloga responsable, de la gravedad del cuadro que presentaba el paciente.

A continuación afirman que esa gravedad debería haber conducido al ingreso en la UVI desde el primer momento, cuando acude por Urgencias. Se trata de una aseveración técnica (qué criterios aconsejan el ingreso en unidades de cuidados intensivos) que no se soporta en ningún informe o protocolo sanitario al respecto. En cualquier caso, los datos documentados en el expediente no nos permiten alcanzar esa conclusión. Observamos que el paciente, de 78 años de edad, acude a Urgencias el día 26 de noviembre de 2006, siendo atendido a las 12:55 horas, detallándose en la historia que “desde hace 8 días comienza con cuadro diarreico. Desde hace 36 h comienza con disnea (...). No saben si fiebre”. Ingresado en la planta de Neumología, la valoración al ingreso, realizada a las 16:30 horas, recoge que su estado general es “3 justo” (entre “2 pobre” y “4 bueno”), con actividad “4 ambulante” (la mayor de las posibles) y movilidad “total”, “nutrido”, con coloración de piel “normal”, y que se encuentra “orientado” y con habla “normal”. En ese momento no tiene fiebre, “37° C”, y se anota una talla de “1,65” y un peso de “110?”. No presenta intolerancia alimentaria, no porta “sonda nasogástrica” y la masticación es “normal”. Además, en el informe sobre la reclamación que realiza el Jefe del Servicio de UCI, se especifica que “por norma sólo ingresan en UCI las neumonías comunitarias e insuficiencias cardíacas que no respondan a tratamiento médico en planta y que requieran soportes especiales: ventilación mecánica, drogas vasoconstrictoras por inestabilidad hemodinámica o técnicas de reemplazo renal, entre otras, lo cual no se precisaba en ese momento”; afirmación ésta no contradicha desde un punto de vista técnico por las interesadas y que, consecuentemente, ha de inclinarnos a considerar que se cumplió en este caso el criterio de la *lex artis* expuesto.

También reprochan las interesadas que se demoraron las pruebas diagnósticas para localizar la legionela. Sin embargo, en la hoja de enfermería -folio 163-, constatamos que a las 18 horas del mismo día que acude por

Urgencias, se recoge la muestra para el análisis correspondiente. Además, según consta en el informe del Servicio de Neumología, “desde el ingreso (...) es tratado como una neumonía grave con Cefatoxima y Levofloxacino de forma conjunta”; datos que aparecen confirmados en la hoja de la Unidad de Clasificación Clínica del Servicio de Urgencias (Levofloxacino a las 15:40 horas -folio 153-) y en la hoja de administración de medicamentos (Levofloxacino a las 15:40 horas y Cefotaxima a las 17 horas -folio 165-). A la vista de ello, no apreciamos que se hubiera demorado la prueba diagnóstica referida y, en todo caso, como relatan los responsables de los servicios asistenciales, se pautó la medicación correspondiente a una neumonía grave desde el primer momento, sin que necesitase ser alterada cuando, a los tres días, se conocen los resultados analíticos que confirman el diagnóstico por *Legionella pneumophila*. Por tanto, tampoco estimamos infracción de la *lex artis* en relación con esta prueba analítica ni, en definitiva, relación causal alguna con el fallecimiento del paciente, dado que fue sometido desde el momento del ingreso al tratamiento antibiótico adecuado para una neumonía grave.

Por esa misma razón hemos de rechazar la imputación genérica que efectúan las reclamantes en relación con una posible incorrección en el tratamiento farmacológico administrado. Ninguna prueba aportan al respecto y todos los informes incorporados por la Administración sanitaria al expediente administrativo se decantan en sentido contrario. En este sentido, el dictamen emitido a instancias de la entidad aseguradora sostiene que “el tratamiento antibiótico pautado era el más adecuado para tratar una legionela”; que “el paciente presentó una agitación que precisó tratamiento con un tranquilizante mayor”; que, a la vista de ello, “la administración de Haloperidol estaba indicada y fue correcta en este paciente”, y que “el retraso en la información (se refiere al resultado analítico que confirmó el patógeno) es intrascendente para el paciente, ya que el tratamiento estaba establecido desde el momento en que ingresó”.

En suma, del análisis del expediente en su conjunto no deducimos deficiencia alguna en la intervención del servicio público sanitario, que

consideramos ajustada en todo momento al criterio de la *lex artis*. De ahí que debamos manifestar que el desenlace no guarda relación alguna con la asistencia prestada.

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

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.