

Expediente Núm. 108/2010
Dictamen Núm. 192/2010

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 9 de septiembre de 2010, 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 17 de marzo de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, como consecuencia de la asistencia prestada en el sistema sanitario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de noviembre de 2007, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una solicitud de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento del hijo de su representada, que considera una consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en 2004 en el Hospital “X”. La solicitud entra en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 14 de noviembre de 2007.

Expone que en el año 2002 se diagnosticó al hijo de su representada "poliglobulia respiratoria"; que en marzo de 2003 "se pone de manifiesto un probable síndrome de hipoventilación central, poliglobulia secundaria, insuficiencia respiratoria global"; que lo estudian por sospecha de insuficiencia respiratoria global y se le recomienda oxígeno, y que el día 1 de octubre de 2004 fue dado de alta tras ingresar el día 26 de septiembre para estudio de dolor torácico.

Refiere que "el día 9 de octubre de 2004 acude a Urgencias del Hospital `X`, por hipo pertinaz pautándosele Valium (5 mg oral); al parecer ese mismo día toma 10 mg refiriendo su madre un episodio de disminución del nivel de conciencia sin convulsiones pero con emisión de espuma por la boca y relajación de esfínteres de corta duración. Acude de nuevo a Urgencias por cuadro de hipo administrándose en esta ocasión Largactil i. m. (25 mg) y pautándose Largactil 25 mg/8 h vía oral, toma en su domicilio 50 mg de Largactil. La familia observa disminución del nivel de conciencia, sudoración fría, relajación de esfínteres y `pausas respiratorias` por lo que acude de nuevo a Urgencias (...), llega cianótico, abotargado con saturación de O₂ del 82% con reservorio y sin signos de focalidad neurológica. Como consecuencia de la prescripción de Largactil padece una insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria crónica descompensada. Coma carbónico, insuficiencia renal aguda y afectación hepática (probable isquemia por bajo gasto)".

Prosigue señalando que el día 17 de abril de 2006 ingresa de nuevo en el Hospital "X" y "en el informe de alta de hospitalización realizado por el Servicio de Neumología se dice que fue `ingresado en UCI de `Y` en octubre de 2004, por cuadro de descompensación de su insuficiencia respiratoria crónica, presentando coma carbónico, insuficiencia renal aguda y afectación hepática, probablemente secundaria a isquemia por la hipoventilación alveolar central, descompensada por la toma de benzodiazepinas' (...). Es decir, desde la administración del tratamiento (...) el paciente sufre un coma carbónico pasando a padecer insuficiencia renal aguda y afectación hepática. (...) todo se

complica hasta su muerte, la cual se desencadena debido a la administración por el Servicio de Salud del tratamiento con benzodiazepinas”.

Termina diciendo que “el 16 de abril de 2007 ingresa en el (Hospital “X”), siendo trasladado” al Hospital “Z” “el 21 de abril de 2007, falleciendo el día 27 de abril de 2007”.

Considera que al paciente “se le administra un tratamiento erróneo (...), lo que induce a un coma carbónico que (...) provoca que el paciente sufra (...) problemas hepáticos y renales, agravándose los respiratorios que desencadenan en el fallecimiento” y “que no se siguió el protocolo de forma correcta ya que un médico antes de proceder a la administración de cualquier tipo de fármaco tiene que comprobar que el paciente no sufra ningún tipo de alergia, rechazo, etc. al mismo, lo que no se hizo en el presente caso. Afirma que esto provocó que “tanto el paciente como su madre, vivieran un auténtico calvario de ingreso en ingreso (...) hasta que se produjo la muerte”.

Solicita indemnización de los daños y perjuicios que se causaron al hijo de su mandante y que se reconozca el derecho de ésta, como madre y heredera legítima, a ser indemnizada por dichos daños en la cantidad de noventa mil euros (90.000 €).

Al escrito de reclamación acompaña los siguientes documentos: a) Copia de una escritura de poder de representación procesal a favor de la reclamante otorgado por la perjudicada el día 22 de mayo de 2007. b) Informe del Servicio de Hematología del Hospital “X” fechado en mayo de 2002, en el que consta diagnóstico de “poliglobulia respiratoria” y que el paciente es fumador de 1 paquete. c) Informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital “X” con fecha 22 de julio de 2002, incompleto, en el que figura: “En la actualidad, acude (...) remitido por su Médico de Cabecera para estudio y control de su TA./ En analítica, al parecer le han encontrado una alteración de la función renal”. d) Informe del Servicio de Neumología del Hospital “X” con fecha 27 de agosto de 2002, incompleto. e) Informe del Servicio de Neumología-Cta. Sueño del Hospital “X” con fecha 25 de marzo de 2003, en el que se consta que en la poligrafía respiratoria nocturna “llama la atención la importante desaturación

nocturna que presenta el paciente sin que objetivemos causa en el momento actual por lo que podría tratarse de una hipoventilación central por lo que recomendamos derivar al Serv. Ventilación Mecánica no invasiva domiciliaria del `Y` para posteriores valoraciones" y diagnóstica de "probable síndrome de hipoventilación central./ Poliglobulia secundaria a insuficiencia respiratoria global./ Los previos". f) Informe de alta de la Unidad de Ventilación Mecánica Domiciliaria del Hospital "Z" con fecha 29 de mayo de 2003, en cuyos antecedentes consta "Poliglobulia. HTA (...) fumador de 1 paq./día. NAMC. Oxígeno domiciliario 1,5 l/min (16 horas/día)" y se aconseja "usar la VMD al mínimo 6 horas sobre todo nocturna". g) Informe del Servicio de Cardiología del Hospital "X", con fecha de alta 1 de octubre de 2004, consta ingreso el día 26 de septiembre de 2004, para estudio de dolor torácico, en el que consta "fumador de 4-6 c/día", que "acude por un dolor de semiología coronaria (...) objetivando en el ECG una T negativa de predominio en precordiales dchas., que podría estar en relación con la sobrecarga sistólica de V. dcho. que el paciente presenta y/o isquemia subepicárdica anterior" y tratamiento "vida de reposo relativo (...), oxígeno como venía realizando". h) Receta, en la que consta prescrito Valium el día 8 de octubre de 2004. i) Informe del Área de Urgencias de Hospital "X", correspondiente a las 23:09 horas del día 9 de octubre de 2004, según el cual el paciente acude por "hipo de 4-5 días de evolución". Se le pone Largactil i. m. 25 mg y se le pauta Largactil 25 mg 1 cada 8 h durante 1 semana./ Control por su MAP./ Si empeoramiento volver por este Sº". Consta pauta de 1-0-1 y ½-½-1. j) Informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva "Y" de fecha 18 de octubre de 2004 por mejoría, referido a ingreso del 11 de octubre de 2004, procedente del Hospital "X" por "insuficiencia respiratoria global severa". Constan antecedentes de "NAMC. HTA. Exfumador (...). Insuficiencia respiratoria global sospecha de hipoventilación alveolar central con espirometría normal. Poliglobulia (...). En programa VMD desde mayo del 2003, con cumplimiento precario". En historia actual se consigna: "El 9/10/04 acude a Urgencias del hospital `X`, por hipo pertinaz, pautándosele Valium (5 mg oral); al parecer ese mismo día toma 10

mg refiriendo su madre un episodio de disminución del nivel de conciencia sin convulsiones pero con emisión de espuma por la boca y relajación de esfínteres de corta duración. Acude de nuevo a Urgencias por cuadro de hipo administrándose en esta ocasión Largactil i.m (25 mg) y pautándose Largactil 25 mg/8 h vía oral; toma en su domicilio 50 mg de Largactil. La familia observa disminución del nivel de conciencia, sudoración fría, relajación de esfínteres y 'pausas respiratorias' por lo que acuden de nuevo a Urgencias, donde llega cianótico, abotargado con SaOs del 82% con reservorio y sin signos de focalidad neurológica". Figura ingreso en UVI, "bajo efectos de sedación. IOT". En apartado evolución consta: "La bioquímica hepática y la coagulación y la función renal se han normalizado". En los diagnósticos se hace constar como principal "insuficiencia cardiaca" y como diagnóstico secundarios "insuficiencia respiratoria crónica descompensada. Coma carbónico./ Insuficiencia renal aguda./ Afectación hepática (probable isquemia por bajo gasto)". k) Informe del Servicio de Neumología del Hospital "X", con fecha de alta 22 de octubre de 2004 por curación o mejoría, relativo a ingreso el día 18 del mismo mes, "remitido desde la UVI del 'Y' donde ingresó en situación de insuficiencia respiratoria crónica descompensada + coma carbónico". Constan diagnósticos de "cor pulmonale crónico descompensado./ insuficiencia respiratoria crónica descompensada, más coma carbónico./ Insuficiencia renal aguda./ Afectación hepática (probable isquemia por bajo gasto"./ Probable hipoventilación alveolar central" y que "acudirá a consulta de Neurología, con el fin de descartar enfermedad neuromuscular o bien otra enfermedad neurológica que pudiera justificar al hipoventilación alveolar central (...) (y) a revisión a la consulta externa de neumología". l) Informe de alta en el Servicio de Neumología del Hospital "X", el día 24 de abril de 2006 por curación o mejoría, relativo a ingreso el 17 del mismo mes por "edemas en miembros inferiores, junto con hinchazón abdominal. No claro aumento de la disnea". Se hace constar que "al alta, el paciente está estable clínicamente, sin referir molestias clínicas". En diagnósticos, figuran "los anteriores./ hipoventilación alveolar central, con insuficiencia respiratoria global descompensada y acidemia resuelta al alta./

Hipertensión pulmonar moderada, con probable fallo cardiaco dcho./ Insuficiencia renal resuelta al alta". m) Informe de alta del Servicio de Neumología del "X" con fecha de alta 5 de febrero de 2007, relativo a ingreso el 27 de enero de 2007 por "febrículas, diarrea y aumento de tos con aumento de expectoración (...) oliguria y edemas generalizados", incompleto. n) Informe de alta del Servicio de Neumología del "X" del día 10 de abril de 2007, relativo a ingreso el día 22 de marzo de 2007, por curación o mejoría, por "hinchazón con aumento del perímetro abdominal, edema genital y enrojecimiento, edema y calor en ambos MMII". En impresión diagnóstica se hace constar "Anteriores. /Hipoventilación alveolar primaria. /Cor pulmonale crónico./ HT pulmonar severa./ Insuficiencia renal crónica descompensada parcialmente controlada./ Celulitis MMII". Añade el siguiente comentario "paciente joven, con una insuficiencia respiratoria global crónica importante secundaria a probable hipoventilación alveolar primaria. (...) está a tratamiento en la actualidad con ventilación mecánica no invasiva durante toda la noche y posteriormente con oxígeno crónico domiciliario que el paciente no realiza las 24 horas como se le ha recomendado. Se le ha indicado la necesidad de oxigenoterapia crónica las 24 horas precisando incluso oxígeno líquido con mochila para la deambulaci3n. En el momento actual (...) no acepta dicho tratamiento por lo que de momento no se lo indicamos. En esta ocasi3n el paciente ingres3 por una celulitis en MMII sobre extremidades edematizadas por su problema respiratorio. Al alta, el paciente est3 mejor clínicamente aunque aún persisten algunos signos de enrojecimiento y calor en extremidades". n) Ecocardiogramas fechados el 10 de febrero de 2006 y 20 de febrero de 2007. ñ) Informe de alta del Servicio de Neumología del Hospital "Z", fechado el 29 de junio de 2007 por exitus el día 27 de abril de 2007. Consta que ingres3 "trasladado de UVI del `Y´, desde el día 21/4/2007 por Cor Pulmonale descompensado + insuf. renal crónica agudizada + atelectasia pulm3n dcho. + hiperpotasemia y derrame pericárdico. Durante su estancia en planta, el paciente presenta mala evoluci3n". Consta diagnóstico principal de "Cor pulmonale descompensado. Insuficiencia renal

crónica agudizada. Atelectasia pulmón dcho. Hiperpotasemia. Derrame pericárdico”.

2. Mediante escrito notificado el 27 de noviembre de 2007 el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la perjudicada la fecha de recepción de la reclamación en el referido Servicio -19 de noviembre de 2007- y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará. Asimismo, le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde el 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 señala que “dispone de diez días, a contar desde el siguiente al del recibo de la presente notificación para acreditar su relación de parentesco con (...), con la advertencia de que si así no lo hiciera, se le tendrá por desistida de su petición”.

3. Por escritos de 23 de noviembre de 2007, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a las Gerencias del Hospital “Z” y del Hospital “X”, que le sea remitida copia íntegra y literal de la historia clínica del paciente, y a la Gerencia del Hospital “X”, además, informe actualizado del Servicio de Urgencias.

4. Con fecha 5 de diciembre de 2007 la perjudicada presenta escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias aportando copia del libro de familia. La copia se refiere a la inscripción del matrimonio y del fallecimiento del esposo. Con la misma fecha la reclamante presenta un segundo escrito al que adjunta copia de la hoja del libro relativa a la anotación del hijo.

5. Con fecha 17 de diciembre de 2007 el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor copia del informe del Servicio de Medicina Interna, así como de la historia clínica del paciente.

Según el informe, sin fecha, suscrito por el Jefe del Servicio, “el paciente era portador de:/ Insuficiencia respiratoria global./ Hipoventilación alveolar central -a tratamiento con ventilación mecánica no invasiva-./ Hipertensión arterial./ Obesidad./ Cardiopatía isquémica tipo angor./ Cor pulmonale con hipertensión arterial moderada. Todos estos diagnósticos son suficientes para que la evolución de la enfermedad llegase a la muerte en unos años”. El informe concluye afirmando que “la causa de muerte fue secundaria a la propia enfermedad de base y no por las benzodiazepinas que se le administraron tres años antes de su muerte”.

La historia clínica incluye, entre otros, los siguientes informes, además de los aportados por la reclamante: a) Informe del Servicio de Medicina Interna del día 22 de julio de 2002 en el que consta diagnóstico de “HTA esencial poliglobulia”. b) Informe del Servicio de Neumología del fecha 27 de agosto de 2002, en el que consta impresión diagnóstica de “insuficiencia respiratoria global./ Poliglobulia./ A descartar hipoventilación central” y se le aconseja evitar esfuerzos físicos. c) Informe del Área de Urgencias de las 02:56 horas del día 9 de octubre de 2004, en el que consta que el paciente “acude por hipo de 3 días de evolución que en el momento actual no tiene. El paciente refiere haber tomado un Valium y dejar de tener hipo” y plan “Valium 0,5 1x24 h. antes de acostarse. Control por su médico de cabecera, si vuelve a tener otro episodio acudir a su médico para que considere si debe acudir a especialistas o a Urgencias./ Si empeora, acudir a Urgencias”. d) Informe del Servicio de Cardiología, del día 22 de febrero de 2005, relativo a control del dolor torácico, en el que consta “probable cardiopatía isquémica tipo angor con ergometría negativa. Función sistólica ventricular izda. normal./ Cor pulmonales crónico con hipertensión pulmonar moderada. Probable hipoventilación alveolar central”. e) Informe del Área de Urgencias del día 3 de mayo de 2005, relativo a dolor torácico y edemas en miembros inferiores, en el que constan diagnósticos de “Cardiopatía isquémica. (ilegible) Cor pulmonale crónico”. f) Informe del Área de Urgencias del día 24 de agosto de 2006 por edema y tumefacción en pierna derecha. g) Informe del Área de Urgencias del día 27 de enero de 2007 por

edema en región facial, abdominal, genital y miembros inferiores, en el que consta diagnósticos de “insuficiencia respiratoria global./ Hiperventilación alveolar central./ Insuficiencia renal”. h) Informe de alta del día 5 de febrero de 2007, por mejoría, tras ingreso desde el día 27 de enero de 2007, en el que constan diagnósticos de “insuficiencia respiratoria global con acidosis./ (ilegible) alveolar central con VMD./ Descompensación tras probable viriasis con diarrea./ Rinoconjuntivitis atópica. Probable asma bronquial./ Cardiopatía isquémica./ Episodios de fallo cardiaco./ Insuficiencia renal crónica agudizada./ Cor pulmonar crónico”. i) Informe del Área de Urgencias del día 22 de marzo de 2007, por “hinchazón abdominal y del pene”.

6. Mediante escrito de 15 de enero de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto reitera a la Gerencia del Hospital “Z” que le sea remitida copia íntegra y literal de la historia clínica del paciente.

7. Con fecha 21 de enero de 2008, el Secretario General del Hospital “Z” remite copia de la historia clínica solicitada.

En la misma consta, además de los aportados con la reclamación y, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de ingreso en servicio que no consta, del día 16 de abril de 2007, por “agudización respiratoria y deterioro de función renal”. Como enfermedad actual consta que desde el alta del Hospital “X”, presenta “astenia importante e hinchazón de predominio en cara (párpados) y abdomen (...). La madre refiere diarrea crónica de más de 4 meses de evolución”, y diagnóstico de “insuficiencia respiratoria mixta en paciente respiratorio crónico./ Agudización de IRC de origen pre-renal secundaria a diarrea crónica y toma de diuréticos./ hiponatremia grave”. En antecedentes consta “hipo crónico (con mala respuesta al Largactil). Ingresado en UCI-INS en 2004 por insuficiencia respiratoria (secundaria a toma de BZD y fallo cardíaco) con coma carbónico”. b) Informe de ingreso en UCI-“Y” del día 21 de abril de 2007, en cuyo apartado de “H. actual” consta “hoy avisan por deterioro respiratorio con cianosis”. En diagnósticos figuran “IRC agudizada./

Atelectasia pulmón izdo./ Hiperpotasemia./ Descartar derrame pericárdico./ Los anteriores". En antecedentes consta "ingresado en esta Unidad en 2004 por coma carbónico (toma de benzodiazepinas e insuficiencia cardíaca)". c) Informe de alta en el servicio de Medicina intensiva por mejoría el día 26 de abril de 2007. En evolución, se hace constar que "dado que no responde a maniobras de VMNI e informada su familia del mal pronóstico se decide alta a planta de hospitalización para continuar tratamiento". Constan diagnósticos de Cor pulmonale crónico descompensado./ IRC agudizada./ Atelectasia pulmón izado./ Hiperpotasemia./ Probable derrame pericárdico./ Los anteriores". En antecedentes consta "hipo crónico con intolerancia al Largactil". d) Informe de alta en el Servicio de Neumología, por exitus el día 27 de abril de 2007, según el cual "durante su estancia en planta, el paciente presenta mala evolución". e) Hojas de curso clínico relativas a la última estancia del paciente en el Servicio de Neumología del ("Y"). El día 20 de abril se anota "viene de UCI despierto, algo abotargado". El día 21, "avisan por 'desaturación' (...) respiración muy superficial con hipoventilación". El día 26, presenta "cianosis facial y distal. Tendencia al sueño, aunque despierta con facilidad y está orientado y colaborador" y se anota "informada la familia del mal pronóstico". El día 27 consta que "se encuentra estable dentro de su mal pronóstico" y el mismo día que "avisan por exitus de paciente. Confirmado. La madre está presente./ Causa inmediata de fallecim.: I.R. global./ Causa intermedia: cor pulmonale crónico, insuficiencia renal./ Causa fundamental: hipoventilación alveolar central". f) Hoja de información al alta de enfermería de UVI "Y", del día 26 de abril de 2007, tras ingreso el día 21 de abril, en la que, entre los problemas no resueltos al alta consta "somnolencia pronunciada-hipoventilación-desaturación" y en las observaciones, que "se pone hipercianótico al mínimo movimiento – desaturación extrema". g) Hoja de observaciones de enfermería en la que consta anotado el día 28-4" (*sic*) a las 04:00 horas "está con mucho hipo, le pongo Largactil". A las 06:30 horas de la misma fecha, consta "apenas se le coge pulso, llamo a (ilegible) y se confirma exitus".

8. Con fecha 13 de marzo de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Informa que el uso del Largactil “en pacientes afectos de insuficiencia respiratoria grave, en casos muy específicos y con precauciones, supervisión clínica, puede pautarse” y que, “aceptando la posible descompensación ocurrida al paciente tras la medicación pautada contra el hipo –octubre de 2004-, se debe tener presente que este grave episodio que el paciente superó sin secuelas, como se recoge en los datos analíticos practicados posteriormente y que son normales, tanto en las pruebas funcionales hepáticas como las de función renal. Así mismo debe recogerse e incidirse en que la muerte del enfermo se produjo el 27 de abril de 2007, tres años después del uso del Valium y Largactil, que había sido en octubre de 2004”.

Finaliza el informe señalando que la “actuación de los profesionales que intervinieron en la asistencia al enfermo ha estado ajustada a la lex artis, empleando los medios diagnósticos y terapéuticos que la patología y las circunstancias del caso demandaban”.

9. Mediante escritos de 14 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.

10. Con fecha 30 de abril de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. Los facultativos afirman que “no podemos compartir la opinión expresada en la reclamación sobre el hecho de que la administración de Largactil fue la causa de la fatal evolución posterior por las siguientes razones: El cuadro que presentó el paciente se solucionó, volviendo a su situación basal al cabo de 11 días./ Durante el año siguiente el enfermo estuvo estable en esa situación basal./ La evolución seguida por el paciente es típica de los enfermos con hipoventilación alveolar primaria”. Concluyen que “el paciente falleció a consecuencia de una insuficiencia respiratoria cardíaca como evolución final de

un síndrome de hipoventilación alveolar primaria./ El paciente presentaba además una probable cardiopatía isquémica que justifica algunos de los síntomas que presentó a lo largo de su evolución, como eran los episodios de angina, que desaparecieron con el tratamiento vasodilatador./ La hipoventilación alveolar primaria es un trastorno crónico lentamente progresivo que cursó con insuficiencia respiratoria global./ Este paciente siguió la evolución clínica de los enfermos con esta enfermedad./ La evolución seguida por el enfermo es debida a la enfermedad crónica que padecía y la administración de Largactil no influyó en esta evolución ya que el episodio agudo curó sin secuelas, durante el año siguiente el enfermo estuvo asintomático y el paciente murió tres años después por la progresión de la hipoventilación alveolar primaria”.

11. Mediante escrito de fecha 7 de mayo de 2008, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. El 21 de mayo se persona la representante legal en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto de doscientos veintiocho (228) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

12. Con fecha 5 de junio de 2008, la reclamante formula alegaciones en las que sostiene que no es cierto que el perjudicado superase el episodio sin secuelas, pues “el paciente en el momento del episodio llevaba una vida normal y trabajaba. Es a partir del episodio del coma carbónico inducido por esa mala o errónea administración de Valium y Largactil cuando tiene que ser dado de baja jubilándose nueve meses más tarde (...). A mayor abundamiento (...), problemas de riñón nunca los había tenido hasta el episodio del hipo en octubre de 2004, con lo que mal puede decirse que tras ese suceso se curó sin secuelas, secuelas quedaron ya que a partir de ese momento le queda una insuficiencia renal aguda y una insuficiencia hepática que tampoco padecía antes de octubre de 2004./ Entre las causas de la muerte consta, al menos

como una de ellas, la insuficiencia renal./ Tras la administración del Valium y Largactil hay agravaciones sucesivas hasta que se desencadena la muerte, no tres años más tarde (...) sino dos años y medio más tarde”.

Adjunta al escrito los siguientes documentos: a) Reconocimiento médico realizado por una Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social con fecha 11 de mayo de 2004, en el que se hace constar que “se trata de un reconocimiento médico de Vigilancia de la Salud Periódico en el que se estudia, de forma específica, las posibles alteraciones que sobre su salud pueden producir los riesgos inherentes a su puesto de trabajo. Los resultados obtenidos se relacionan, exclusivamente, con dichos riesgos laborales. Pueden existir otras alteraciones en su salud de origen no laboral que no son estudiadas en este reconocimiento”. b) Informe del Área de Urgencias del Hospital “X” relativo a la atención prestada a las 02:56 horas del día 9 de octubre de 2004. c) Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social en la que se reconoce al paciente una pensión por incapacidad permanente absoluta para todo trabajo con fecha 11 de julio de 2005. Consta en la misma, como fecha baja de incapacidad temporal el día 28 de septiembre de 2004 y cuadro clínico residual de “probable hipoventilación alveolar central. Pendiente de valorar enfermedad neuromuscular. Insuficiencia respiratoria crónica. Antecedentes de HTA y poliglobulia”.

13. El día 16 de julio de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella se sostiene que “se trata de un paciente que falleció a consecuencia de una insuficiencia respiratoria y cardiaca como evolución final de un síndrome de hipoventilación alveolar primaria. (...) presentaba así mismo una cardiopatía isquémica, presentando síntomas a lo largo del tiempo en forma de episodios de angina, que desaparecían con tratamiento vasodilatador./ Su enfermedad de base es un trastorno crónico que evoluciona de forma progresiva hacia la insuficiencia respiratoria global, siguiendo la evolución típica de estos enfermos./ Se le administró Largactil con ocasión de

un hipo pertinaz que presentó en el año 2002 (*sic*) y que dio lugar a un cuadro de insuficiencia respiratoria, pero que curó en 11 días sin secuelas, permaneciendo el paciente asintomático, muriendo tres años después de haberle pautado el Largactil”.

14. Sometido el expediente, en ese estado de tramitación, a dictamen de este Consejo Consultivo, por Resolución de su Presidente se devolvió a la Autoridad consultante para que se completara.

15. El día 2 de febrero de 2010, previa petición del Servicio Instructor, emite informe el Director del “Y”. Tras consignar los antecedentes del paciente, señala que, “en ausencia de datos necrósicos que pudieran autentificar las causas de la muerte, todo permite sospechar que el paciente falleció por insuficiencia respiratoria refractaria al tratamiento, añadida a un fallo multiorgánico (cardíaco, hepático y renal), dados los antecedentes previos (...). A lo largo del curso del último ingreso, el paciente presentó un hipo pertinaz e incoercible (ya se presentó en anteriores ingresos y se trataba en su domicilio), motivo por el que recibió tratamiento con clorpromazina. (La clorpromazina es el fármaco de elección para el tratamiento del hipo pertinaz y que no responde a otras medidas. Friedman NL. *Pharmacotherapy* 1996; 16:986-995). La clorpromazina es un fármaco con acciones múltiples en diferentes receptores del SNC (dopamínicos, serotoninínicos, histamínicos, adrenérgicos y muscarínicos) y que tiene una acción sedante y ansiolítica. Los efectos indeseables se deben a la acción anticolinérgicas y, entre ellos, se incluyen la sedación, estreñimiento, sequedad de boca, retención urinaria, etc. (...). El paciente se hallaba en una situación de gravedad extrema, en una insuficiencia respiratoria global que no respondía adecuadamente al tratamiento convencional y con un hipo intenso y pertinaz que añadía disconfort a la situación. Es de suponer que la clorpromazina pudo producir somnolencia y depresión respiratoria pero todo permite suponer que la fase terminal en la que se hallaba el paciente no le hubiera permitido una evolución favorable de la situación”.

16. Notificado a la reclamante el día 19 de febrero de 2010 nuevo trámite de audiencia, con fecha 3 de marzo de 2010 presenta esta en el registro de la Administración del Principado un escrito en el que se ratifica en las alegaciones contenidas en el escrito anterior y añade que “no sólo se le administró Largactil en el año 2004 que provocó el episodio del coma carbónico y las consiguientes secuelas que padeció con posterioridad, sino que (...) dos horas antes de la muerte se le vuelve a administrar Largactil” al que era intolerante. Añade que considera erróneo el enfoque del último informe emitido en el asunto y, a su juicio, “la pregunta es: si la administración de Largactil desencadenó la muerte del paciente, administración de un fármaco cuya intolerancia consta en el expediente administrativo, siendo la respuesta afirmativa, lo que demuestra el mal funcionamiento de esa Administración en más de una ocasión”.

17. En ese estado de tramitación, mediante escrito de 17 de marzo de 2010, registrado de entrada el día 22 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.- La reclamante interesa indemnización por los daños sufridos por el hijo de su representada justificando la legitimación de ésta en su condición de madre y heredera legítima. Los daños que se reclaman son de carácter personal del fallecido -agravación de sus dolencias que produjo su fallecimiento- por lo que 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), no está su madre activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial derivada de los mismos. Ahora bien, la propia reclamación consigna que los múltiples padecimientos del paciente durante el proceso de su enfermedad hasta la muerte afectaron también a su madre, por lo que cabe presumir, dada la estrecha relación de parentesco, que los hechos que motivan la reclamación afectaron a su propia esfera jurídica, causándole al menos daños morales, por lo que se encuentra activamente legitimada para formular reclamación, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto.

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 9 de noviembre de 2007, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 27 de abril del mismo año, 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 reclamante a los 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 referida comunicación, “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 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 la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación. Debemos indicar también que la fecha que se indica en la comunicación como de llegada de la solicitud al órgano competente para su

tramitación -19 de noviembre de 2007- consta en una anotación manual, carente de toda apariencia de registro.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había 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.- La reclamante interesa indemnización por los daños ocasionados por el fallecimiento del hijo de su representada tras la atención prestada al mismo durante el proceso de su enfermedad en el Hospital "X". Consta en el expediente la defunción del paciente el día 27 de abril de 2007 y los múltiples ingresos hospitalarios que precedieron el fatal desenlace. Sin embargo, la reclamación no precisa la naturaleza de los daños sufridos por la madre del fallecido, ni aporta prueba alguna de los mismos, limitándose a alegar que "tanto el paciente como su madre, vivieran un auténtico calvario de ingreso en ingreso (...) hasta que se produjo la muerte".

Dada la relación de parentesco, cabe presumir que la interesada como madre ha podido sufrir un daño moral, cuya evaluación realizaremos en caso de que concurren los presupuestos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

Ahora bien, la mera constatación de la existencia de un daño individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de

responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

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 el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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 la reclamante 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. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

La reclamante atribuye la muerte del hijo de su representada a la prescripción, en el año 2004, del tratamiento con benzodiazepinas en el curso de la atención prestada por el servicio público sanitario, pues desde ese momento el paciente sufre un coma carbónico y pasa a padecer insuficiencia renal aguda y afectación hepática, complicándose la enfermedad hasta su muerte. A su juicio, no se siguió el protocolo de forma correcta pues no se comprobó que el paciente no sufría ningún tipo de alergia.

En el primer trámite de audiencia, la reclamante manifiesta que hasta ese momento, el paciente llevaba una vida normal y trabajaba -el 11 de mayo de 2004 se le considera apto para realizar su trabajo- y a partir del coma carbónico tiene que ser dado de baja, declarándose su incapacidad permanente absoluta para todo trabajo el 11 de julio de 2005, señalando que esta incapacidad se genera por el episodio acaecido en octubre de 2004. También alega que nunca hasta entonces había tenido problemas de riñón, ni de hígado y que es a partir de ese momento cuando se manifiestan una insuficiencia renal aguda y una insuficiencia hepática, figurando al primera de ellas como una de las causas de la muerte.

Consta en el expediente que en dos asistencias urgentes prestadas el día 9 de octubre de 2004, se pautaron Valium y Largactil, y que tras varias tomas de este medicamento el hijo de la interesada sufrió un coma carbónico. Consta asimismo que se le administró Largactil dos horas antes de su fallecimiento. Esta segunda circunstancia se alega por la reclamante, en el segundo trámite de audiencia, como un factor que desencadenó la muerte del paciente, ya que la intolerancia al medicamento constaba en la documentación clínica.

Sin embargo, en la misma reclamación se reconocen los antecedentes patológicos del ahora fallecido, al que ya en el año 2003 se diagnosticó un síndrome de hipoventilación central con insuficiencia respiratoria global y se le pautó oxígeno domiciliario.

La reclamante no ha aportado prueba alguna que permita descartar la incidencia directa y eficiente de dichas patologías en el óbito, mientras que obran en el expediente documentos que así lo indican. En efecto, en la hoja de

curso clínico en el Servicio de Neumología, consta como causa fundamental del fallecimiento la hipoventilación alveolar central y como causa inmediata la insuficiencia respiratoria global. La insuficiencia renal que aduce la reclamante, consta como una de las causas intermedias junto con el “cor pulmonale” crónico. Según el Servicio de Medicina Interna del Hospital “X”, los diagnósticos del paciente eran suficientes para que la evolución de la enfermedad llegase a la muerte en unos años. Los cuatro especialistas en Medicina Interna que informan a instancia de la entidad aseguradora también concluyen que el paciente falleció a consecuencia de una insuficiencia respiratoria cardiaca, como evolución final de un síndrome de hipoventilación alveolar primaria.

Además, el reconocimiento médico realizado en mayo de 2004 por una Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social no acredita el buen estado general del hijo de la interesada, toda vez que se refiere a las posibles alteraciones que sobre su salud podían producir los riesgos inherentes a su puesto de trabajo. En el informe consiguiente consta la advertencia de la posibilidad de existencia de alteraciones en la salud de origen no laboral que no son objeto de estudio en el mismo. Tampoco está acreditado que el ahora fallecido llevaba una vida normal antes del 11 de octubre de 2004, como alega la reclamante. En septiembre, tras un ingreso para estudio de un dolor torácico, se le había recomendado vida de reposo relativo y oxígeno domiciliario durante 16 horas al día. Y de hecho el día 28 de septiembre de 2004 solicitó la baja que dio lugar a su incapacidad, según consta en la Resolución de 11 de julio de 2005, aportada al expediente por la propia reclamante, por la que se reconoció al ahora fallecido la incapacidad.

Por lo que se refiere al coma carbónico sufrido por el paciente en 2004, consta en el informe de alta del día 18 de octubre del Servicio de Medicina Intensiva que fue superado sin secuelas, y que en ese momento la bioquímica hepática, la coagulación y la función renal se habían normalizado. Los ingresos inmediatamente posteriores fueron motivados por la necesidad de realizar estudios de nuevos padecimientos, en concreto un dolor torácico.

Según consta en el informe que realiza el Director del Instituto Nacional de Silicosis -ante la ausencia de los datos que podría haber aportado una necropsia-, la muerte del perjudicado se sospecha que fue debida a una "insuficiencia respiratoria refractaria a tratamiento, añadida a un fallo multiorgánico (cardíaco, hepático y renal)", y no a la administración del Largactil como sostiene la reclamante sin otro soporte que la su mera alegación.

El mencionado informe detalla que el fármaco administrado tiene una "acción sedante y ansiolítica", y que entre sus efectos "indeseables (...) se incluyen la sedación, estreñimiento, sequedad de boca, retención urinaria, etc.". Indica también que "el paciente se hallaba en una situación de gravedad extrema, en una insuficiencia respiratoria global que no respondía adecuadamente al tratamiento convencional y con un hipo intenso y pertinaz que añadía disconfort a la situación. Es de suponer que la clorpromazina pudo producir somnolencia y depresión respiratoria pero todo permite suponer que la fase terminal en la que se hallaba el paciente no le hubiera permitido una evolución favorable de la situación".

En efecto, la documentación clínica que figura en el expediente acredita que el día antes de su fallecimiento el perjudicado presentaba ya somnolencia pronunciada e hipoventilación, se ponía hipercianótico al mínimo movimiento, con desaturación extrema y no respondía a maniobras de ventilación, habiendo sido informada su familia del mal pronóstico vital.

En definitiva, no podemos apreciar relación de causalidad entre el fallecimiento del hijo de la reclamante y el funcionamiento del servicio público sanitario, pues no existe prueba alguna de que la actuación de los profesionales que asistieron al enfermo no se haya ajustado a la *lex artis*, empleando a medida que las circunstancias del caso lo demandaban los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados a la patología que presentaba. En cuanto a la concreta incidencia de la administración de Largactil, los informes técnicos concluyen que los posibles efectos "indeseables" del mencionado fármaco no

justifican por sí solos el fatal desenlace, dado el estado terminal en el que se encontraba el paciente.

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.