

Expediente Núm. 185/2010  
Dictamen Núm. 220/2011

**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 8 de junio de 2011, 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 6 de julio de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de noviembre de 2008, un letrado, en nombre y representación de la viuda del perjudicado, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Inicia su relato refiriendo que, el día 28 de mayo de 2007, el perjudicado ingresa en “el Hospital `X` con un dolor intenso abdominal y, tras las primeras

exploraciones, es diagnosticado de adherencias intestinales”, permaneciendo en observación. Es sometido a la práctica de una ecografía abdominal y se le diagnostica de “colelitiasis”, quedando a la espera de ser intervenido quirúrgicamente. Entiende que “el paciente debió ser tratado como de alto riesgo porque tenía una patología severa de valvulopatía cardíaca y aneurisma en la aorta y venía siendo tratado desde Cantabria con anticoagulante (Sintrom), y conforme al protocolo (...) ve sustituidos los anticoagulantes por heparinas de bajo peso molecular ante la perspectiva de una intervención quirúrgica”, pasando de tener “unos índices de INR (Ratio Internacional Normalizado) del 4,8” a 1,3 el día 31 de mayo, como consecuencia de “la sustitución del Sintrom por las heparinas” desde el día 29 de dicho mes.

El día 1 de junio de 2007 se le realiza “colecistectomía laparoscópica” y, según la interesada, “transcurridas 12 horas de la operación debería haberse comenzado con una dosis subterapéutica de heparina (...), que sería 0,4 y posteriormente a las 72 horas se debería haber puesto 0,8 y al tiempo empezar con el Sintrom para (...) lograr, en un periodo de 5 o 6 días, el nivel adecuado, el cual está establecido en 2,5 a 3,5”. Considera que “por el equipo médico se desconoció el protocolo de actuación o *lex artis* sobre los pacientes con TAO” y que “hay una falta de atención (ni siquiera le controlan el INR a lo largo de estos 5 días)”. Expone que el día 4 de junio “se prueba la alimentación oral (que, según fuentes del hospital, tolera), por lo que se decide darle el alta al día siguiente, pese a que el incumplimiento (*sic*) del protocolo médico determinaba un valor de INR subterapéutico (1,2) insuficiente en el paciente, que por su patología previa precisaba valores de INR entre 2,5 y 3,5”.

El día 5 de junio, cuando el perjudicado se estaba vistiendo “para abandonar el hospital, sufre un episodio de afasia, hemiparesia derecha y pérdida de conciencia, por lo que se solicita valoración por parte del Servicio de Medicina Interna que, tras la sospecha inicial de ACVA (accidente cerebro vascular), solicita TAC de urgencia, que es informado como normal, por lo que se decide el traslado al Servicio de Reanimación del mismo hospital, en donde,

tras ser intubado y presentar deterioro progresivo del nivel de conciencia, se decide su traslado en helicóptero” al Hospital “Y”, “donde fallece”.

Sostiene la reclamante que “tras la operación el personal sanitario, con total falta de diligencia por su parte, desprecia la sintomatología del paciente y el hecho de que es de alto riesgo, y en lugar de propiciarle una atención ad hoc le trata como un paciente sin TAO”, sin que “en ningún momento” se tenga en cuenta su “proceso febril”.

Hace constar que “por estos hechos se incoaron diligencias previas (...) ante el Juzgado de Instrucción N° 1 de Luarca-Valdés, donde declararon en calidad de imputados los médicos que atendieron (al perjudicado) desde su ingreso hasta su fallecimiento, realizándose autopsia el día 7 de junio de 2007”.

Finaliza indicando que “la autopsia y lo actuado determinó la existencia de una anticoagulación no efectiva que determinó un nexo de causalidad etiológico directo con el accidente cerebro vascular agudo de causa isquémica”.

No cuantifica el importe de la indemnización.

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Poder para pleitos otorgado a favor del letrado. b) Protocolo de actuación en pacientes con TAO del Servicio Cántabro de Salud. c) Protocolo para el control del tratamiento anticoagulante oral de la Generalitat de Catalunya. d) Declaraciones de los médicos imputados. e) Historia clínica del perjudicado. f) Informe médico pericial, de fecha 23 de septiembre de 2008. g) Informe de alta del Servicio de Medicina Interna del Hospital “X”, de fecha 5 de junio de 2007. h) Certificado de defunción del perjudicado. i) Informe de autopsia del Instituto de Medicina Legal de Asturias, de fecha 7 de junio de 2007. j) Auto del Juzgado de Instrucción N° 1 de Luarca-Valdés de 5 de mayo de 2008, de admisión a trámite de la querrela e incoación de las diligencias previas.

2. El día 16 de julio de 2008, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia del informe emitido por el Servicio de Cirugía General el 17 de julio de 2008. En él se señala que se trata de un paciente desplazado desde Santander, que el día 28 de mayo de 2007 acude al Área de Urgencias del

hospital "por cuadro de 5 horas de evolución de dolor/inflazón epigástrico y vómitos, presentando en Rx de abdomen distensión de asas de delgado, aunque con un abdomen a la exploración depresible con ruidos normales sin parecer timpánico. No se apreciaban hernias ni dolor en la palpación. El paciente fue ingresado para observación. A su ingreso (...), marcadores cardíacos, electrocardiograma y placa de tórax sin alteraciones relevantes, salvo las posquirúrgicas./ Analíticamente (...) INR 4,8./ Con fecha 29-5-07 el paciente presenta 38° C de temperatura y leucocitosis con desviación izquierda, solicitándose nuevos estudios y evidenciándose en ecografía la existencia de una colecistitis litiásica./ El paciente desde su ingreso había sido sometido a tratamiento con HBPM, presentando ya a fecha 31-5-07 un INR de 1,3 y decidiéndose intervención quirúrgica después de valoración de riesgo quirúrgico por anestesia (Asa 4), entrega de consentimiento informado con advertencias de riesgo quirúrgico, aceptado por los familiares. Mediante abordaje con laparoscopia se consigue realizar una colecistectomía por colecistitis necrosada"; pasa a la Unidad de Reanimación, presentando febrícula en los primeros días.

Es dado de alta el día 5 de junio "a las 12:30 horas con analítica realizada a primera hora de la mañana", sin que presente fiebre. Añade que ese mismo día, "a las 14:30 horas, sufre pérdida súbita de conciencia con recuperación tardía, manteniendo constantes y glucemia, solicitándose valoración urgente al Servicio de Medicina Interna por presentar además afasia y hemiparesia derecha. Ante sospecha clínica de ACV se solicita TAC craneal informado verbalmente como normal./ El paciente es trasladado a la Unidad de Reanimación con un Glasgow de 10/15 y sospecha clínica de ACV isquémico de origen embólico y con deterioro progresivo de nivel de conciencia que precisa de ventilación mecánica, decidiéndose traslado al Servicio de Neurología" del Hospital "Y" "en helicóptero", informándonos "que el paciente falleció" durante el mismo.

3. Mediante escrito de 12 de noviembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la interesada la resolución por “la que se acuerda la suspensión provisional del procedimiento administrativo por estar en curso actuaciones penales por los mismos hechos”.

4. Con fecha 30 de marzo de 2009, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado.

5. El día 21 de octubre de 2009, el representante de la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que solicita que “se levante la suspensión del procedimiento administrativo” por haberse declarado el sobreseimiento y archivo de las actuaciones penales. Adjunta una copia del Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo de 8 de julio de 2009. Con fecha 26 de octubre de 2009, presenta otro escrito con idéntica solicitud y adjunta al mismo Providencia del Juzgado de Instrucción Nº 1 de Luarca-Valdés.

6. El día 30 de octubre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al representante de la interesada que se reinicia la tramitación del expediente, la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos -descontados los del periodo de suspensión- y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, le requiere para que en el plazo “de 10 días, a contar desde el (...) siguiente al del recibo de esta notificación”, proceda “a la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las causas que motivan la imposibilidad de hacerla, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado, se le tendrá por desistido de su petición”.

7. Con fecha 29 de diciembre de 2009, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito del representante de la

interesada -y, según indica, de los tres hijos de la misma y del fallecido- en el que solicita una indemnización de ciento cincuenta y seis mil doscientos veintitrés euros con sesenta y cinco céntimos (156.223,65 €).

Adjunta copia del libro de familia y de la resolución de la pensión de viudedad de la interesada.

**8.** El día 22 de marzo de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, señala que “en caso de cirugía programada, en estas personas con problemas de anticoagulación, se sustituye el Sintrom por otro tratamiento, como heparinas de bajo peso molecular (HBPM), que mantienen al paciente en una situación de anticoagulación aceptable. Si no se retira el Sintrom no es posible operar ante el riesgo de sangrado./ En enfermos de alto riesgo el INR oscila entre 2,5 y 3,5. El INR no se monitoriza a diario, sí antes de la operación y ya en el (...) posoperatorio, no teniendo que estar midiéndolo de forma rutinaria, porque el valor no cambia de la noche a la mañana./ Este paciente, en el momento de la operación, reunía las condiciones para ser operado con un INR entre 1,2 y 1,5”.

Aclara que “en el posoperatorio se le aplicaron dosis de heparina de 0,4 subcutáneo cada 24 horas./ Que con un INR de 1,2 no se considera que existiera riesgo de tromboembolismo en el paciente, a lo que se añade su clínica, que evolucionaba bien, levantándose y caminando con normalidad, y con hemograma normal, no tenía fiebre el día del alta, siendo normal que en los días posteriores al posoperatorio presente febrículas, siempre en valores inferiores a 38./ Se actuó según los protocolos sanitarios al uso”. Sin embargo, este paciente, con alto riesgo vascular, “presenta de manera brusca un accidente cerebral vascular de tipo isquémico el 5 de junio de 2007” que provoca su fallecimiento, aunque sostiene que el tratamiento con Sintrom “no eliminaba el riesgo de ACV”.

Manifiesta que “la actuación del personal interviniente en el proceso asistencial (...) ha sido correcta, ajustada a una buena praxis médica, que puso

los medios adecuados para tratar de conseguir el restablecimiento del enfermo”.

**9.** Mediante escritos de 15 de abril de 2010, 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.** El día 19 de mayo de 2010, 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 expediente.

**11.** Con fecha 21 de mayo de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Cirugía General. En él manifiestan que “los pacientes con anticoagulantes orales deben ser revertidos antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, sea electiva o con carácter urgente, dado el elevado riesgo de hemorragia intraoperatoria”, proceso que admite “2 opciones”. En el caso de que la intervención no pueda ser demorada, “esta reversión puede ser acelerada mediante el empleo de plasma fresco congelado, vitamina K o complejo protrombínico”. Como “el empleo de estas sustancias implica mayor riesgo de fenómenos trombóticos (...) se prefiere la segunda opción, consistente en la suspensión de la anticoagulación oral y sustitución por HBMP”, más segura “pero (que) implica entre 3 y 5 días de espera”.

En este caso se optó por la segunda alternativa, “más segura y por lo tanto la mejor opción para el paciente, sin que supusiera un detrimento en el tratamiento del cuadro de colecistitis ni implicara el desarrollo de complicaciones posteriores”. Exponen que “el control de la anticoagulación oral se realiza mediante la determinación analítica del INR, considerándose segura la práctica de una cirugía mayor con niveles inferiores a 1,5. Así pues, en el momento de la intervención tenía unos valores de INR adecuados y estaba correctamente sustituida la anticoagulación por hbmp. Estas deben mantenerse

hasta la reintroducción de la anticoagulación oral, simultaneando ambos tratamientos hasta alcanzar los niveles deseados de INR (...). El INR no es útil en el control de la anticoagulación por HBMP, por lo que no tiene objeto su determinación mientras está en tratamiento con este método./ Así pues, el paciente estaba en tratamiento anticoagulante con HBMP en el momento del alta y cuando sufre el ACVA, no estando indicada la determinación del INR al no haberse reintroducido la anticoagulación oral en ese momento”.

Concluyen que, “de acuerdo con la documentación examinada (...), todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta”.

**12.** Con fecha 4 de junio de 2010, el representante de la reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos de su escrito inicial.

**13.** El día 22 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que, “de acuerdo con la documentación adjunta (...), todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de forma correcta (...) y acorde a la lex artis”.

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de julio de 2010, registrado de entrada el día 12 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto.

Ahora bien, en el escrito de cuantificación de la indemnización, presentado por el representante de la esposa del fallecido, se señala que también actúa en nombre de sus hijos. Sin embargo, el escrito de reclamación no figura acompañado de un documento público o privado que pruebe la representación que en él se afirma ostentar. La expresada circunstancia sería suficiente para desestimar la reclamación en nombre de los hijos, si bien, teniendo en cuenta que la Administración actuante no ha cuestionado en ningún momento la condición del representante, procede, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, analizar el fondo de la cuestión controvertida. No obstante, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha representación.

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 5 de noviembre de 2008, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae causa -el fallecimiento del perjudicado- el día 5 de junio de 2007, lo que podría conducir a entender que se ha presentado extemporáneamente. No obstante, considerando, de acuerdo con lo establecido en el artículo 146.2 de la LRJPAC, la eficacia interruptiva del plazo de prescripción derivada del curso de un proceso penal por los mismos hechos -que, tras presentación de querrela el 27 de noviembre de 2007, fue resuelto en apelación por Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo, Sección 2.ª, de 8 de julio de 2009-, es claro que la reclamación 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.

Sin embargo, 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 43.3, 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.-** Es objeto de análisis una reclamación de daños por el fallecimiento del esposo de la reclamante, que, a su juicio, debe ser atribuido a un deficiente funcionamiento del servicio público sanitario, puesto que tras la operación a la que fue sometido -colecistectomía laparoscópica- se “desprecia la sintomatología del paciente y el hecho de que es de alto riesgo, y en lugar de propiciarle una atención ad hoc” se le “trata como a un paciente sin TAO” -tratamiento anticoagulante oral-.

Resulta acreditado que el perjudicado falleció el día 5 de junio de 2007, por lo que debemos presumir que la interesada ha sufrido un daño moral; daño sobre cuya evaluación habremos de pronunciarnos si se apreciara la concurrencia de los requisitos que determinan la declaración de responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado, 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*. 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 ha subrayado este Consejo 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Según la reclamante, el fallecimiento del enfermo -por ictus- fue consecuencia directa de la "impericia (...) del equipo medico", que "desconoce el protocolo de actuación o *lex artis* sobre los pacientes con TAO (dosis de anticoagulante, la suspensión del Sintrom y la sustitución por hbpm y la reinstauración del TAO)", y, además, de "una falta de atención (ni siquiera le controlan el INR a lo largo de estos 5 días)". La documentación incorporada al

expediente nos indica que al paciente, tras acudir al Servicio de Urgencias -el 28 de mayo de 2007- por un dolor abdominal, se le ingresa para observación y se sustituye su tratamiento de Sintrom por heparinas, dado que es necesario realizar una intervención quirúrgica al padecer una “colecistitis aguda necrosada”, empleando la técnica laparoscópica, que se realiza el día 1 de junio de 2007. Las imputaciones que la interesada realiza deben ser analizadas en dos momentos de la intervención sanitaria: en el preoperatorio y en el posoperatorio.

Por lo que se refiere al preoperatorio, todos informes médicos incorporados al expediente indican que los tratamientos con anticoagulantes orales deben ser revertidos antes de someter a un paciente a una intervención quirúrgica, como se hizo en el caso que nos ocupa. Así, el Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, en su declaración como imputado, afirma que “los protocolos sanitarios prescriben la suspensión del Sintrom tres días antes de la intervención y su sustitución por heparinas”. Del mismo modo, en el informe que adjunta la propia interesada -que coincide con el resto de los emitidos- se señala que durante la intervención el INR ha de mantenerse “entre 1,2 y 1,5 (...) (y) según el informe del Servicio de Hematología (...), de fecha 31 de mayo de 2007, el INR era de 1,3”, por lo que “se podía realizar” la operación. Al respecto, el informe técnico de evaluación señala que el paciente, “en el momento de la operación, reunía las condiciones para ser operado”, lo que se confirma en el emitido por los cuatro especialistas en Cirugía General, añadiendo estos que “estaba correctamente sustituida la anticoagulación por hbpm”.

En cuanto al posoperatorio, la reclamante atribuye el fatal desenlace a la impericia del equipo médico que supuestamente desconoce el protocolo de actuación o *lex artis* sobre los pacientes con TAO. Basa sus afirmaciones en el informe emitido por un especialista en Valoración del Daño Corporal en el que se indica que al paciente se le debería de haber mantenido tras la operación con “hbpm a dosis profilácticas al menos 24 horas (si no hay complicaciones hemorrágicas)”, pasar a “hbpm a dosis terapéuticas para mantener una

anticoagulación moderada los primeros 5 días” y “posteriormente iniciar el paso a ACO (Sintrom) superponiendo ambos tratamientos (heparina y Sintrom) hasta que el INR se halle en margen terapéutico”. Añade que, sin embargo, “se mantuvo la hbpm a dosis profilácticas durante su estancia hospitalaria posquirúrgica” y al alta se le pauta “mantener la dosis de hbpm durante 1 mes” y después “revisión en consulta”, por lo que “no se cumplió el protocolo médico en cuanto a la reintroducción de anticoagulantes orales” y “se pretendía dejar sin cobertura anticoagulante mínima al paciente durante 6 días”, hasta la revisión médica.

En este punto, hemos de señalar que el Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo sostiene que “en la situación del paciente, con necrosis de vesícula, hubiera sido inconveniente restablecer el Sintrom” y que con “las heparinas se le mantiene en una situación de anticoagulación aceptable”, añadiendo que en “determinadas cirugías el Sintrom debe permanecer sustituido durante treinta días ante el riesgo de hemorragia” y que el paciente fue “dado de alta con análisis de hemograma normal”. En el mismo sentido declaran otra imputada que es miembro del equipo de Cirugía General del centro hospitalario, quien afirma que “según el protocolo para este tipo de intervenciones no se reintroduce el Sintrom hasta aproximadamente un mes desde la intervención quirúrgica, manteniéndose el tratamiento de heparinas”, e insiste en “que se actuó según protocolo en cuanto a la fijación de la dosis de heparina”, y otro de los imputados que atendió al perjudicado, que sostiene que existe “protocolo” y que “el suministro de la medicación sustitutiva se ajustó a las circunstancias particulares del paciente”, lo que corrobora -razonamiento jurídico tercero del Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo- el informe médico forense, “afirmando que se respetaron todos los protocolos, que todas las actuaciones han sido adecuadas y correctas a las praxis médicas (y) que todo el posoperatorio se llevó con absoluta precisión”, siendo la “evolución favorable en todo momento”. Por otra parte, la discrepancia entre los informes aportados por la Administración y el presentado por la reclamante en torno a la reintroducción del anticoagulante oral pasados cinco días a la intervención

resulta, en este caso, irrelevante, dado que el fallecimiento del paciente se produce precisamente en el quinto día posterior a la intervención quirúrgica, periodo dentro del cual todos los informes coinciden en el suministro exclusivo de la heparina.

Finalmente, y por lo que respecta a la falta de atención que concreta la reclamante en el hecho de no controlar el INR a lo largo de cinco días, hemos de señalar que el Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, en su declaración como imputado, indica que “el INR no se monitoriza a diario”, aunque “antes del operatorio sí”; afirmación que se asume en el informe técnico de evaluación. Otros dos imputados añaden que “solo se monitoriza el INR cuando el paciente está sometido a tratamiento de Sintrom” y que “no es válido cuando se utiliza la terapia sustitutiva como aquí aconteció”, lo que resulta confirmado por los especialistas en Cirugía General cuando señalan que “al no haberse reintroducido los anticoagulantes orales (...) no tenía objeto la determinación del INR”.

Por tanto, el daño alegado no puede imputarse a un defectuoso funcionamiento -impericia o falta de atención- del servicio público de salud como pretende la interesada, sino que el accidente cerebral vascular sufrido por el paciente fue debido, según el informe médico forense, “a sus antecedentes personales, a saber, obesidad, prótesis valvular cardíaca de aorta, aneurisma de aorta (...), diabetes”, con “un grave riesgo de trombosis venosa profunda independientemente de cualquier intervención quirúrgica”.

En suma, los técnicos que informaron en el procedimiento no aprecian ninguna actuación contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, como coinciden en señalar todos ellos, por lo que debemos concluir que se actuó con la diligencia exigible, sin que se haya acreditado que el fallecimiento del perjudicado guarde relación de causalidad con la actuación de los servicios públicos sanitarios.

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.