

Expediente Núm. 230/2011
Dictamen Núm. 32/2012

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 febrero de 2012, 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 esa Presidencia de 5 de agosto de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de un familiar tras la asistencia sanitaria prestada.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de junio de 2010, cuatro interesados -viuda e hijos del fallecido- presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito instando “la incoación de un expediente por responsabilidad patrimonial” del Servicio de Salud del Principado de Asturias como consecuencia del fallecimiento del perjudicado en un hospital de la red pública autonómica. A su

vez, la viuda señala actuar también en nombre y representación de una cuarta hija menor de edad.

Relatan que el perjudicado sufrió un accidente el día 24 de junio de 2009 que le ocasionó “un traumatismo pélvico”, siendo trasladado al Hospital e ingresado en la “Unidad de Cuidados Intermedios (...). A las 21:05 h del mismo 24 de junio entró en parada cardíaca (...), falleciendo a las 21:30 horas.

En el mismo escrito solicitan “una copia íntegra de la historia clínica” del fallecido “y especialmente de su asistencia hospitalaria el día 24 de junio de 2009”.

Junto con el escrito aportan un “informe de alta” por exitus del Servicio UVI.

2. Mediante escrito notificado a la primera interesada el día 7 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, requiriéndola para que en el plazo de diez días acredite su “capacidad de representación en nombre” de dos de sus hijas, y para que en idéntico plazo especifique “las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad (...), así como la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial” o indique “los motivos que impiden la citada evaluación”. Por último, añade que “deberán acreditar la condición de parentesco con el fallecido”.

3. Con fecha 16 de julio de 2010, los perjudicados presentan un escrito de “subsanción y mejora de la solicitud” en el que indican que “se aportan copias del DNI de cada uno de los 5 reclamantes”, del Libro de Familia “en el que se acredita el parentesco con nuestro fallecido padre y esposo y la representación de (la madre) de su hija menor de edad (...). En cuanto a las lesiones ocasionadas (...), decir obviamente que se trata de su fallecimiento (...). En cuanto a la relación de causalidad (...), podrá acreditarse en el momento en que se facilite a esta parte la totalidad del historial clínico (...) ya solicitado (...).

Precisamente con la incoación del presente expediente y la entrega de la documentación requerida podrá acreditarse tal relación de causalidad (...). En cuanto a la cuantificación económica (...), se fija en la cantidad total de 442.943 €”.

Concluyen su escrito reiterando que se les proporcione una copia de la historia clínica del perjudicado.

4. El día 30 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los interesados que “con fecha 24-6-10 ha tenido entrada” en el Principado de Asturias la reclamación de responsabilidad patrimonial, las normas de procedimiento conforme a las cuales se tramitará, los plazos de resolución y los efectos del silencio administrativo.

5. Mediante escrito de 28 de julio de 2010, un Inspector de Prestaciones Sanitarias de la Dirección General de Planificación y Evaluación solicita a la Gerencia del Hospital una copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe “de los Servicios de Traumatología y UVI sobre el concreto contenido de la reclamación presentada”.

6. El día 10 de agosto de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del hospital envía al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado, de la que se da traslado a la primera interesada con fecha 4 de octubre de 2010, otorgándole un plazo de “diez días (...) para especificar la presunta relación de causalidad entre el daño que alega y el funcionamiento del servicio público”.

7. El día 26 de octubre de 2010, un abogado, en nombre y representación de los interesados, presenta en una oficina de correos un escrito en el que indica que formula “solicitud inicial” de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento del perjudicado.

Relata que el posteriormente fallecido "fue trasladado por el SAMU al Hospital tras sufrir un traumatismo pélvico por la caída accidental de un fardo de hierba de alto peso (entre 600-800 kg)". Llegó al hospital "a las 12:13 horas" y, "tras diagnosticarle provisionalmente el Servicio de Traumatología (...) un traumatismo pélvico", se le traslada "a Cuidados Intermedios, donde permaneció ingresado./ A la familia se le comunicó en todo momento que el estado" del paciente "no revestía gravedad que hiciera pensar en riesgo para su vida. Vista tal situación, se ingresó (...) en Cuidados Intermedios. Entendemos que no se cumplió con la lex artis a este respecto", y que "las necesidades asistenciales (...) eran más bien las propias de un paciente en Cuidados Intensivos". Por otro lado -continúa-, "consideramos que no se agotaron por el centro hospitalario todas las pruebas precisas a fin de determinar si el tratamiento conservador era el más idóneo o por el contrario sería más aconsejable otro tipo de tratamiento".

Señala que el "trauma pélvico grave" y la "considerable fuerza necesaria para desbaratar los huesos pélvicos" claramente debieron "asociarse con lesiones abdominales que normalmente son importantes fuentes de sangrado./ Así, tras el ingreso en Cuidados Intermedios (...) se produce (una) situación progresiva de anemización y signos de hipovolencia, es decir una fuerte deshidratación posterior a una reducción crítica del plasma circulante, que a pesar de tratamiento se establece shock hemorrágico que no es sino la perfusión sanguínea de órganos vitales y como consecuencia de lo anterior entra en parada cardio-respiratoria".

Cifra los "daños morales por indemnización básica por muerte" en un importe total de "184.933,38 €", de los cuales corresponderían "105.676,22 euros" a la viuda, "8.806,35 euros" a cada uno de los dos hijos mayores de 25 años, "17.612,70 euros" a la hija menor de 25 años y "44.031,76 euros" a la hija menor de edad.

Junto con el escrito acompaña un "poder judicial" otorgado el día 14 de octubre de 2010 a favor del letrado actuante.

8. Con fecha 14 de septiembre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias reitera a la Gerencia del hospital el informe de los servicios afectados por la reclamación.

9. El día 22 de septiembre de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones remite al Servicio instructor el "informe de alta" que elaboró el "Servicio de Medicina Intensiva" y el día 29 del mismo mes le traslada el informe realizado por el Servicio de Traumatología. Finalmente, el día 3 de diciembre de 2010, previa reiteración por parte del Servicio instructor, le envía el "informe médico emitido por el Jefe del Servicio de UCI" en relación con la concreta reclamación de responsabilidad patrimonial.

El "informe de alta" por exitus, que suscribe el Jefe del Servicio de UVI, señala que el paciente fue ingresado para "vigilancia hemodinámica". Refiere que "tras la valoración por el Servicio de Traumatología y revisar las imágenes con Radiología ingresa en la Unidad de Cuidados Intermedios". En el apartado relativo a evolución se indica que "tras ingreso (...) para vigilancia, tratamiento conservador y soporte general se produce (una) situación progresiva de anemización y signos de hipovolemia. Pese a tratamiento con drogas vasoactivas, reposición de líquidos y hemoderivados se establece shock hemorrágico y posteriormente entra en parada cardio-respiratoria (...). Tras más de 20 minutos de reanimación cardio-pulmonar avanzada sin respuesta, a las 21:05 h confirmamos el fallecimiento". Como diagnóstico "principal" se consigna "trauma pélvico grave" y como secundario "shock hemorrágico". Figura firmado por una Médica Residente y una Adjunta el día 8 de julio de 2009.

El informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, suscrito por el Jefe del Servicio y el Jefe de la Guardia, subraya que "durante la guardia del día 24-6-09 nos fue pedida una consulta por parte del Servicio de UVI" para valorar al perjudicado. Tal como consta en la hoja de consulta urgente de Traumatología, "durante nuestra exploración el paciente estaba consciente,

orientado y estable, con un hemograma de 14,4 g y se encontraba ingresado en la Unidad de Cuidados Intermedios (...). Consultado con los médicos de UVI, se nos comunica que su estado general es bueno, que el paciente se encuentra estable en esos momentos y que el sangrado parece controlado, por lo que se descartó la necesidad de una actuación quirúrgica urgente por nuestra parte” y “se pautó un tratamiento ortopédico común (...), consistente en:/ Reposo en cama./ Movilización en bandeja./ Control de la volemia./ Tratamiento analgésico y antitrombótico./ Así mismo, ordenamos la colocación de un cuadro balcánico (...). Poco después el Servicio de Guardia de Traumatología se pone en contacto con la UVI para confirmar que ya se había instalado el cuadro balcánico y es informado del fallecimiento del paciente por shock traumático irreversible”.

Finalmente, el informe suscrito por el Jefe del Servicio de UCI el día 1 de noviembre de 2010 reseña que el paciente “presentaba un traumatismo pélvico severo (...).Tras una valoración inicial por el Servicio de Traumatología ingresa en la Unidad de Cuidados Intermedios en condiciones estables para tratamiento conservador mediante (...) transfusión de hemoderivados y mínimo soporte de TA si precisase, e inmovilización mediante cuadro balcánico (a realizar por el Servicio de Traumatología)./ Durante las primeras horas de su ingreso sigue una evolución que se ajusta a lo esperable, añadiéndose a la fluidoterapia y hemoderivados drogas vasoactivas (...). Se reclama en varias ocasiones la inmovilización pélvica al Servicio de Traumatología, que vuelven a valorarlo en la Unidad de Cuidados Intermedios./ Posteriormente la situación de hipotensión (...) evoluciona de manera rápida, con un control de hemograma con hemoglobina de 8.1 g/dl, siendo imprevisible la parada cardio-respiratoria”.

A propósito de las imputaciones que realizan los interesados, aclara que “en la UCI existen (...) condiciones de monitorización y soporte tecnológico, cuidados de enfermería y asistencia médica similares a las existentes en la Unidad de Cuidados Intensivos (...). En el presente caso, el rápido desenlace de los acontecimientos no dio lugar a que se realizase ningún traslado entre unidades, ante la creciente gravedad”.

10. Con fecha 21 de diciembre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él sostiene, “respecto al elemento esencial en el que los reclamantes centran la existencia de una mala praxis y que no es otro que su ingreso en una Unidad de Cuidados Intermedios”, que es preciso “señalar que no se trata de una unidad diferente a una UCI y en ella existen (...) condiciones” de cuidados y asistencia médica “similares a las existentes en la Unidad de Cuidados Intensivos, siendo perfectamente tratable cualquier complicación surgida durante la evolución de un paciente mientras se realiza un traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos”, lo que no se pudo efectuar en este caso ante el “rápido desenlace de los acontecimientos”. Expone, por último, que “el fallecimiento del paciente se debió al gravísimo traumatismo sufrido como consecuencia de la caída sobre él de un fardo con un peso estimado en más de media tonelada”.

Concluye que la reclamación “debe ser desestimada, ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

11. Mediante escritos de 30 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del expediente completo a la correeduría de seguros y del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

12. Con fecha 5 de marzo de 2011 emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas, dos en Traumatología y Ortopedia y uno en Traumatología y Cirugía Ortopédica.

En él refieren que el paciente, “con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus no insulino dependiente, hipertrigliceridemia no tratada, síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST) de alto riesgo en junio de 2009, con enfermedad coronaria de dos vasos” y con colocación de stent en las

mismas fechas”, sufrió un traumatismo directo en región lumbar-pélvica el día 24 de junio de 2009, y es trasladado al hospital. Allí “se le realizó un TAC y se solicitó valoración por Traumatología y UVI”, que, “dado su buen estado general (...), que se encontraba estable y que el sangrado parecía controlado”, descartaron “la necesidad de una actuación quirúrgica urgente”. Aproximadamente a las 14:00 horas ingresó “en la Unidad de Cuidados Intermedios (Unidad específica de la UVI) para vigilancia, tratamiento conservador y soporte general”; en ese momento “el hemograma mostraba una Hb 14,4, Hto 42,3”. Señalan que, “tras el ingreso en (UCI) se produce una situación progresiva de anemización y signos de hipovolemia. Pese a tratamiento con drogas vasoactivas, reposición de líquidos y hemoderivados se establece shock hemorrágico y posteriormente entra en parada cardio-respiratoria”.

Respecto a la atención concreta prestada al perjudicado, destacan que no sufrió “una lesión banal”, con una “mortalidad estimada entre el 15% y el 25%”. Teniendo en cuenta el resultado del TAC y las “condiciones estables hemodinámicamente”, consideran que “el tratamiento pautado al ingreso en UCI fue correcto”. Sobre la decisión de ingreso en la UCI, señalan que, según el informe redactado por los responsables de dicha especialidad, “esa Unidad está plenamente capacitada para atender ese tipo de pacientes”. En la UCI “la situación de hipotensión evolucionó de manera rápida, pasando a una hemoglobina de 8,1 g/dl”, y el “deterioro brusco desde una situación con una hemoglobina de 8,1 g/dl hasta la muerte podría explicarse por el sangrado masivo de un vaso importante que inicialmente hubiera estado taponado (rotura aórtica) o también cabría la hipótesis de que el dolor, la anemia y las alteraciones hemodinámicas, sin ser excesivamente preocupantes en un individuo sano, podrían haber desencadenado un fallo cardíaco de tipo isquémico”, dados sus antecedentes de “cardiopatía isquémica con enfermedad coronaria de dos vasos”.

A la vista del proceso asistencial, consideran que el “tratamiento elegido inicialmente no nos parece desacertado, pues estaba hemodinámicamente

estable, si bien la actitud debiera haber cambiado en función de la evolución de los parámetros hemodinámicos. En este sentido, la analítica a las 13:36 estaba dentro de lo previsible (...). No obstante, desconocemos la evolución de las constantes vitales a partir de esos momentos". Finalmente, en sus conclusiones reiteran que "no se dispone de datos sobre evolución del estado general del paciente y tratamiento durante la estancia en la UCI, aunque parece que la evolución fue rápidamente progresiva hacia el shock hemorrágico (...) sin que diera tiempo a la utilización de procedimientos mecánicos de estabilización", y que la causa de la muerte "parece" que "fue un shock hemorrágico (...), aunque no es posible determinar con los datos obrantes si la hemorragia fue progresiva o aconteció de forma brusca".

13. El día 13 de abril de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al representante de los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, remitiéndole una relación de los documentos que obran en el expediente. No consta en el mismo que se hayan presentado alegaciones.

14. Con fecha 18 de julio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

Sostiene que "los reclamantes basan su petición indemnizatoria en la existencia de una mala praxis derivada del ingreso del paciente en una Unidad de Cuidados Intermedios en vez de (en) una de Cuidados Intensivos". Al respecto, señala la propuesta que "no se trata de una unidad diferente a una UCI y en ella existen (...) condiciones de monitorización y soporte tecnológico, cuidados de enfermería y asistencia médica similares a las existentes en la Unidad de Cuidados Intensivos, siendo perfectamente tratable cualquier complicación surgida (...) mientras se realiza un traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. En el presente caso, el rápido desenlace de los acontecimientos no

dio lugar a que se realizase ningún traslado entre unidades". Por ello, concluye proponiendo la desestimación de la reclamación presentada.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de agosto de 2011, registrado de entrada el día 10 del mismo mes, esa Presidencia 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 Sanidad, 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 los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Siendo una de las legitimadas menor de edad, está facultada para actuar en su representación la madre (a tenor de la fotocopia del Libro de Familia que obra en el expediente),

según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos, pudiendo actuar todos ellos por medio de representante con poder bastante al efecto, tal y como dispone el artículo 32 de la Ley citada.

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 24 de junio de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 24 de junio de 2009, por lo 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.

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.- Los interesados, viuda e hijos del perjudicado, pretenden ser indemnizados como consecuencia de la muerte de este, que atribuyen a un deficiente funcionamiento del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación que se incorpora al expediente, no existe duda respecto al fallecimiento acaecido en las instalaciones de un hospital de la red pública autonómica. Por ello, presumimos que los reclamantes habrán sufrido unos daños cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

Ahora bien, la mera constatación de un daño 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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado 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 concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los interesados 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en

atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

Los interesados reprochan a la Administración sanitaria que no les hubiera comunicado la gravedad del estado del paciente y dos incumplimientos de la *lex artis* asistencial: que se ingresó al perjudicado en la Unidad de Cuidados Intermedios, cuando lo correcto hubiera sido hacerlo en Cuidados Intensivos, y que no se hubieran agotado todas las pruebas diagnósticas precisas a fin de determinar si el tratamiento conservador era el más idóneo.

La propuesta de resolución tan solo analiza el primero de los reproches, y al respecto argumenta que la Unidad de Cuidados Intermedios no es “una unidad diferente a una UCI y en ella existen (...) condiciones de monitorización y soporte tecnológico, cuidados de enfermería y asistencia médica similares a las existentes en la Unidad de Cuidados Intensivos, siendo perfectamente tratable cualquier complicación surgida durante la evolución de un paciente mientras se realiza un traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. En el presente caso, el rápido desenlace de los acontecimientos no dio lugar a que se realizase ningún traslado entre unidades”.

Teniendo en cuenta que los informes de los servicios que intervinieron en la asistencia sanitaria no contienen un relato preciso de lo sucedido, debe establecerlo este Consejo Consultivo del modo más detallado posible. A tal fin, previo análisis detenido de toda la documentación clínica incorporada al expediente, constatamos que el paciente llega a los Servicios de Urgencias del hospital a las 12:13 horas. Se le realiza un TAC y se solicita al Banco de

Sangre "cruzar y reservar" durante 48 h ciertos hemoderivados -esto sucede a las 12:35 h (folios 34 y 35)-. Se realiza una analítica entre las 12:30 y las 13:30 h que arroja un resultado de hemoglobina de 14,4 (folio 46). En el informe del Servicio de Urgencias se señala que se solicita valoración a los Servicios de Traumatología y UVI; sin embargo, existen ciertas discrepancias entre ambos Servicios sobre el momento en que efectivamente se prestó dicha colaboración. Según el informe del Jefe del Servicio de Traumatología (folio 93), el paciente ya se encontraba en la Unidad de Cuidados Intermedios cuando lo visitan y hace constar que tiene una hemoglobina de 14,4; en cambio, en el informe de la UCI se indica que ingresó en dicha planta tras su valoración por Traumatología (folio 96).

Según el informe de Traumatología, queda ingresado en la UCI para reposo, control de volemia y analgesia, pautándosele además un tratamiento antitrombótico. Sin embargo, en el informe de la UCI figura que se le ingresa también para "transfusión de hemoderivados" (folio 96), aunque en la hoja de "órdenes terapéuticas (folio 33) no aparecen prescritas tales transfusiones. Al margen de estas discrepancias, lo cierto es que el paciente queda ingresado en la UCI a las 14:20 h (folio 56).

Por lo que respecta a la evolución del paciente, las lagunas son más evidentes. Ya hemos reflejado que los informes de los Servicios responsables y el informe técnico de evaluación se limitan a incidir, sin mayores precisiones, en que "evoluciona de manera rápida" hasta el momento de su muerte. Sin embargo, esta se produce a las 21:20 h del mismo día del ingreso, por lo que habrían transcurrido aproximadamente siete horas desde su ingreso en la UCI y nueve desde su llegada al hospital.

El relato más detallado de lo que sucede durante su ingreso en la UCI puede extraerse del que se efectúa por "enfermería" de la propia UCI (folio 61), que recoge cuatro anotaciones temporales correspondientes a las 16, 17, 19 y 20:45 horas. En la primera tan solo figura el aporte de ciertos fármacos -no hemoderivados-. En cambio, a las 17 horas refleja que "está muy sudoroso y no

se logra" aumentar "la TA; se avisa a los (médicos de guardia) y transfundimos (...). Adelantamos la analítica de las 21 h" porque "está muy pálido el descenso de la Hbna 8,2". Si relacionamos esta anotación con la documentación del Banco de Sangre observamos que la primera solicitud de transfusión urgente se realiza a las 19 h, con una hemoglobina de 8,1 (folio 37), y hay una segunda transfusión, en la que no consta la hora de solicitud, pero sí que fue efectivamente realizada a las 20:10 h (folio 36).

A las 19 horas, enfermería anota "la zona testicular" aumentada "muchísimo de tamaño. El enfermo sigue con gran inestabilidad hemodinámica, se avisa de nuevo" al médico de guardia urgente". Por último, a las 20:45 horas, se indica "enfermo muy mal, se avisa de nuevo al médico de guardia, episodio de disociación E.M.; se intenta reanimación cardio-pulmonar (...). A las 21:20 h exitus".

En la misma documentación del Servicio de Cuidados Intermedios (folios 58, 59 y 60) podemos comprobar que el tratamiento dispuesto al ingreso no contemplaba la transfusión de hemoderivados, que estos se transfundieron en dos momentos (a las 19 y a las 20:30 horas) y que se anotaron dos analíticas: a las 14,45 h, con un resultado para la hemoglobina de 10,2, y a las 19 h, con una hemoglobina de 8.1.

En definitiva, dichos apuntes permiten considerar acreditado que el paciente sufre una constante disminución de sus valores de hemoglobina, dado que si a las 13:36 h (folio 46) tenía un valor de 14,4 g/dl, este va disminuyendo de forma continua a lo largo de su estancia en la UCI (10,2 una hora más tarde y 8.1 a las 19 h), y del mismo modo se constata el deterioro general y progresivo de aquel, apareciendo síntomas clínicos -muy sudoroso, no se logra subir la TA, palidez, gran inestabilidad hemodinámica y zona testicular aumentada "muchísimo de tamaño"- que no figuran consignados al ingreso.

Teniendo en cuenta lo anterior, este Consejo Consultivo considera que la mera alegación que efectúan los interesados sobre un inadecuado ingreso del paciente en la UCI, cuando lo correcto debiera haber sido su ingreso en una

Unidad de Cuidados Intensivos, carente de cualquier otro soporte probatorio, no nos permite estimar acreditada una mala praxis médica, pues todos los informes coinciden en que el estado inicial del paciente justificaba una actitud conservadora, como la adoptada, y nada hay en lo actuado que nos lleve a la conclusión de que esa atención conservadora (inmovilización, reposición de líquidos y control de la volemia) no pudiera llevarse a cabo eficazmente en la UCI.

Ahora bien, por lo que al segundo de los reproches se refiere (“no se agotaron por el centro hospitalario todas las pruebas precisas a fin de determinar si el tratamiento conservador era el más idóneo o por el contrario sería más aconsejable otro tipo de tratamiento”), ya hemos expuesto que la propuesta de resolución no lo analiza, y que tampoco se pronuncian sobre él los Servicios afectados, quienes tan solo refieren que “evoluciona de manera rápida” y evitan cualquier comentario expreso en relación con los nuevos síntomas que se manifestaron en la UCI, y si estos habrían hecho “aconsejable otro tipo de tratamiento” distinto al pautado inicialmente. Por último, también hemos indicado que el informe aportado por la entidad aseguradora simplemente señala desconocer los datos de dicha evolución a partir de la analítica realizada a las 13:36 horas, si bien sostiene que “la actitud -se refiere a la conservadora inicial- debiera haber cambiado en función de la evolución de los parámetros hemodinámicos”.

A la vista de ello, consideramos que el expediente carece de datos básicos que nos permitan efectuar un pronunciamiento sobre la segunda imputación que realizan los interesados. A fin de completar tales lagunas, este Consejo Consultivo estima que debe incorporarse al mismo un informe, tan amplio y detallado como sea posible, que analice la evolución del paciente durante las horas de estancia en la Unidad de Cuidados Intermedios y se pronuncie respecto a la actitud terapéutica a adoptar, conforme al criterio de la *lex artis* asistencial, en función de los ítems de tal evolución.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no cabe en el estado actual de tramitación un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada; que debe retrotraerse el procedimiento a fin de incorporar el informe referido en el cuerpo de este dictamen y, una vez practicado el trámite de audiencia y formulada una nueva propuesta de resolución, recabar de este Consejo el preceptivo dictamen.”

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.