

Expediente Núm. 58/2012
Dictamen Núm. 201/2012

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 5 de julio 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 V. E. de 14 de marzo de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos a consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 10 de marzo de 2011, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la muerte de su esposo y padre, que atribuyen a la incorrecta asistencia sanitaria recibida.

Inician su relato exponiendo los antecedentes médicos del paciente, que había sufrido en el año 1990 un infarto agudo de miocardio y padecía diabetes

mellitus, entre otras patologías, tales como "hipertensión arterial controlada y arteriopatía periférica (isquémica en miembros inferiores)", habiendo sido tratado en hospitales de distintas Comunidades Autónomas.

Tras señalar que en el año 2009 fue diagnosticado de "insuficiencia cardíaca", sin que en la consulta de Cardiología efectuada el 21 de diciembre de ese año "se tome decisión alguna respecto al paciente" -lo que se afirma con base en que "el informe de ecocardiografía transtorácica realizado" en esa fecha "presenta todo su contenido en blanco y se indica que es de mala calidad"-, se insiste en que "la falta evidente de intervención y decisión de dicho Servicio de Cardiología lleva al paciente a sucesivos ingresos en Urgencias en el Hospital 'X' (...) por insuficiencia cardíaca", el último de los cuales tiene lugar en el mes de enero de 2010. Dos meses después, en el mes de marzo, "se le detectó fibrilación auricular (...) y se acordó la solicitud de consulta al Servicio de Hematología para inicio de TAO (tratamiento anticoagulante oral); sin embargo, el facultativo obvia pautar heparina de bajo peso molecular hasta que se inicie el TAO".

Con base en ello, esgrimen que "la más mínima y somera observancia de una buena praxis médica obliga en casos como el del paciente, con una fibrilación auricular de reciente diagnóstico y con factores asociados de riesgo embólico elevado para el desarrollo de un ictus, en este caso: hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular, a iniciar con la mayor premura posible tratamiento anticoagulante (...). Esta consideración", sostienen, "es de absoluta evidencia en todos los protocolos de actuación y literatura médica". Manifiestan que, "tras ser atendido" en el mes de marzo "en el Servicio de Cardiología, se le cita telefónicamente el día 25 de marzo de 2010 para que acuda a Hematología para TAO nada más y nada menos que el día 9-5-2010, dos meses después de apreciársele la fibrilación y de tener constancia del peligro de ictus si no se dispensaba alguna medida anticoagulante". Reiteran que "no puede mantenerse dos meses sin anticoagular a un paciente que ha sido diagnosticado de fibrilación auricular por el riesgo de ictus por causa embolígena (...). Fiel reflejo de la mala praxis

médica fue el hecho de que el día 28-3-2010" el paciente "ingresa en Neurología" del Hospital "Y" "con ictus isquémico en territorio de ACM derecha de etiología cardioembólica", lo que les lleva a concluir que "la falta de atención adecuada derivó en el ictus que (...) acabó teniendo consecuencias fatales para el paciente" pues, tras permanecer ingresado hasta el día 15 de julio, falleció en su domicilio, en el que recibía tratamientos paliativos, el día 24 del mismo mes.

Precisan que "el fallecido", a través de su hija, "dado su estado impeditivo, formuló con fecha 29-3-2010 y 8-4-2010 reclamaciones ante el" hospital "por la atención dispensada por el Servicio de Cardiología y la falta" de administración "de TAO de forma inmediata por razón de fibrilación auricular, o al menos iniciar pauta con heparina de bajo peso molecular hasta la consulta en Hematología para TAO lo antes posible".

Solicitan una indemnización total por importe de quinientos setenta y siete mil doscientos treinta y un euros con once céntimos (577.231,11 €), de los cuales 497.143,95 € corresponden a "las consecuencias derivadas del ACV" y el periodo de hospitalización requerido por el paciente, 52.838,11 € a la viuda del fallecido y 8.806,35 € a cada uno de los hijos del mismo, a lo que se añaden 830,35 € en concepto de "gastos por adecuación de domicilio".

Adjuntan a su escrito copia, entre otros, de los siguientes documentos:

a) Certificado de defunción del fallecido. b) Libro de Familia. c) Diversos informes médicos. d) Dos escritos presentados por una hija del paciente ante el Hospital "X" los días 29 de marzo y 8 de abril de 2010, en los que solicita "una aclaración a la falta de premura en la citación de Hematología, máxime cuando no se había iniciado otro tratamiento anticoagulante", a efectos de "que este caso sirviera para mejorar estas situaciones", y se comunica que se ha recibido citación para consulta en Hematología, lo que dado el estado en que se encuentra su padre, se considera inviable. Consta también la respuesta proporcionada desde el hospital, en el que se agradecen "los aspectos de mejora" indicados en los escritos y se manifiesta que "el paciente venía realizando diferentes tratamientos, entre ellos" antitrombótico, considerando el

cardiólogo “necesaria la consulta con el Servicio de Hematología para iniciar tratamiento anticoagulante oral”.

2. Mediante escrito notificado a los reclamantes el 24 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios les comunica 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 y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 1 de abril de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital “Y” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado.

Con fecha 13 de abril de 2011, le traslada el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica de Neurociencias (Neurología). En él se indica que “el paciente ingresó en nuestro Servicio” a causa “de un ictus isquémico en relación con toda probabilidad con una embolia secundaria a su cardiopatía isquémica y la fibrilación auricular. Efectivamente esta es una situación clínica que requiere anticoagulación inmediata desde el momento en que se tiene constancia de la misma”.

El día 18 del mismo mes, le envía el informe emitido por el Servicio de Medicina Intensiva en el que se constata que el paciente ingresó en el mismo el 28 de marzo de 2010 “como consecuencia de un ACV isquémico derecho (...). En su historia clínica reciente destacaba el hecho de haber sido diagnosticado de fibrilación auricular (...), lo que probablemente fue la causa responsable del ACV isquémico por el que ingresó en nuestro Servicio, especialmente si el paciente no recibió anticoagulación”.

4. Con fecha 15 de abril de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado.

El día 12 de mayo de 2011, le remite los informes elaborados por los Servicios intervinientes.

El emitido por el Servicio de Hematología y Hemoterapia señala que, a tenor de la "evidencia científica disponible", la "argumentación de esta demanda está totalmente tergiversada, planteando un escenario hipotético ideal (...) ajeno a la realidad clínica" con base en los cuatro puntos que desarrolla ampliamente a lo largo del informe, consistentes en "sobredimensionar los posibles beneficios de la anticoagulación oral (...), ignorar de forma absoluta los riesgos asociados al tratamiento anticoagulante (...), silenciar deliberadamente que el paciente se encontraba parcialmente protegido de un evento cardioembólico por estar recibiendo un tratamiento antiagregante" e "ignorar el contexto clínico de altísimo riesgo vascular (hemorrágico) inherente a este paciente y la cronología de los hechos".

Por su parte, el Servicio de Cardiología alude a los antecedentes del paciente y precisa algunos aspectos cuestionados por los reclamantes en relación a la consulta que tiene lugar el 21 de diciembre de 2009, "realizada a los siete días de haber sido solicitada", y en la que se practicó un ecocardiograma en cuyo informe se especifica, entre otros aspectos, que la "mala calidad" reflejada se refiere a una "mala ventana", desconociendo el motivo "por el que manifiestan que el informe estaba en blanco". Detalla que se revisaron sus radiografías, se recogió una "historia clínica exhaustiva" y se "organizó su tratamiento", todo lo cual consta en el pertinente informe, sin que se entienda la acusación de falta de intervención. Tras relatar la asistencia prestada en otras ocasiones, se expone que la consulta del día 11 de marzo de 2011 "no fue solicitada de forma reglamentaria -se realizó antes de la fecha en la que se había indicado en el alta de enero y fue solicitada por un médico del Servicio de Urgencias de este centro conocido de la hija del paciente", precisando que durante la misma se evidencia "que este paciente no tenía un control muy riguroso de su medicación, como ya habíamos comprobado" durante un ingreso anterior. Valorando "el riesgo beneficio y con los datos estadísticos" del paciente -"6,7% anual de riesgo embólico (desde la

instauración de la fibrilación auricular que sabemos no existía en enero) (...), sin contar la disminución de riesgo que le correspondería al estar con antiagregantes"-, "la dosis de heparina que" hubiera sido necesaria "sería muy superior" a la estándar "que de manera muy simple" se expresa en la reclamación, implicando "un riesgo hemorrágico no despreciable" "que no impediría el evento adverso que surgió".

5. Con fecha 25 de enero de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él expone que "los facultativos que informan sobre el caso discrepan respecto a los efectos de la anticoagulación inmediata", precisando que el Director de Neurociencias del Hospital "Y" informa "de forma genérica", mientras que el Servicio de Cardiología "profundiza en la valoración global del paciente" y se pronuncia sobre su riesgo embólico, en la misma línea que el Servicio de Hematología, que analiza "de forma profunda los beneficios/riesgos del tratamiento anticoagulante y la situación clínica del perjudicado". En atención a los mismos, concluye que debe desestimarse la reclamación, pues "difícilmente hubiese podido evitarse el" ACV isquémico "en el supuesto de haberse iniciado de forma inmediata tratamiento anticoagulante oral, pues en ese plazo de tiempo no se hubiese logrado una anticoagulación eficaz".

6. El día 3 de agosto de 2011, el Jefe del Servicio instructor remite una 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.

7. Con fecha 31 de mayo de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cardiología. En él, tras exponer los datos de que dispone para su análisis y realizar una serie de consideraciones médicas sobre la aterosclerosis, el ictus, la fibrilación auricular y la diabetes, concluye que "en un paciente con estas características la aparición" de una fibrilación auricular es una indicación para iniciar un

tratamiento de anticoagulación. No obstante, en este caso, como tomaba aspirina y clopidogrel, la triple terapia aumentaba el riesgo de hemorragia, incluyendo la cerebral, hecho este que probablemente influyó en el retraso para iniciar la anticoagulación./ El paciente tenía otras causas predisponentes para sufrir un ictus isquémico, no necesariamente cardioembólico, con ateromatosis demostrada. / No existe una prueba que permita distinguir con total certeza, en un paciente con estas características, si un ictus isquémico ha tenido un origen cardioembólico frente a un origen trombótico./ El hecho de no anticoagularle en cuanto se detectó la (fibrilación auricular) aumenta la probabilidad de que ocurra un ictus cardioembólico, pero no excluye del todo que el mismo se haya producido por otras causas”.

8. El día 30 de enero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente, constando en la diligencia extendida al efecto la obtención de una copia íntegra de aquel, solicitada por un representante de los mismos que acompaña poder debidamente conferido al efecto.

9. Con fecha 17 de febrero de 2012, el representante de los interesados presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en los términos de su reclamación inicial, reiterando las cuantías indemnizatorias solicitadas.

10. El día 28 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella reproduce los informes emitidos y las consideraciones médicas obrantes en el expediente, manifestando, en primer lugar, que, a la vista de los mismos, queda acreditado que en el Servicio de Cardiología “tomaron en consideración los antecedentes personales del paciente, realizaron estudios complementarios y se reajustó el tratamiento del enfermo”, lo que

contradice lo alegado por los reclamantes. Respecto al “tratamiento de la arritmia cardíaca por la fibrilación auricular y los efectos de la anticoagulación inmediata”, considera que “el hecho de no anticoagularle en cuanto se detectó la (fibrilación auricular) aumenta la probabilidad de que ocurra un ictus cardioembólico, pero no excluye del todo que el mismo se haya producido por otras causas”, y “aún en el supuesto de que este tratamiento se hubiese iniciado de forma inmediata no se habría logrado en el plazo de dos semanas una anticoagulación estable y en rango; además el paciente no estaba totalmente desprotegido, pues recibía tratamiento antiagregante con Tromalyt”, sin que quepa omitir “el riesgo hemorrágico que estos tratamientos conllevan, especialmente considerando el altísimo riesgo vascular del paciente”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 14 de marzo de 2011, registrado de entrada el día 20 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias la emisión de 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.- Los reclamantes interesan una indemnización por los daños sufridos por su esposo y padre, respectivamente, con base en dos títulos distintos: uno, relativo a daños personales del paciente, y otro, a daños propios. Afirman reclamar, “en primer lugar, como sucesores en todos los bienes, derechos y acciones del fallecido paciente por razón del precario estado derivado de ACV”, precisando que con anterioridad a la defunción “se presentó reclamación en nombre del paciente por su hija” ante el Hospital “X”; en segundo lugar, y “además de como sucesores, también directa y personalmente por el daño moral” sufrido a causa del “precario estado de salud” derivado del ictus padecido, que se prolongó hasta su fallecimiento, y, en tercer lugar, por el derivado de este último.

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 ofrece duda la legitimación que asiste a los reclamantes en relación al último de los daños propios invocados, lo que nos exime de examinar el otro daño que alegan haber sufrido.

Sin embargo, y de acuerdo con lo dispuesto en el mismo precepto, no estarían los familiares legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial por daños de carácter personal del fallecido -tales como los días de hospitalización y secuelas-. Pese a que aducen, al respecto, la presentación de una previa “reclamación en nombre del paciente por su hija ante” el Hospital “X”, lo cierto es que los escritos formulados en los meses de marzo y abril de 2010 no reúnen los requisitos necesarios para su consideración como tal, habiendo sido tramitados como una sugerencia de mejora por el Servicio de Atención al Usuario del citado hospital, tal y como refleja la respuesta facilitada desde el centro el día 26 de abril de 2010, sin que nada opusieran entonces sus destinatarios, quienes no interpusieron la presente reclamación hasta prácticamente un año después. Dejando al margen la cuestión, no por ello menor, de la eventual falta de acreditación de la representación de la hija que

los suscribe, de la lectura de ambos se desprende de forma inequívoca que su naturaleza y propósito no son los de una reclamación de responsabilidad patrimonial, ni aun considerándolos desde la óptica antiformalista más benévola. Así, el primero de ellos está fechado el día 29 de marzo de 2010, esto es, al día siguiente de que el paciente sufra el ictus, y, con independencia de que entonces no se pudiera conocer su alcance, dice expresamente, en cuanto a su finalidad, que se remite para solicitar “una aclaración a la falta de premura en la citación de Hematología” y para advertir de la falta de administración inmediata de tratamiento anticoagulante, a efectos de prevenir futuros casos similares. En el segundo, de fecha 8 de abril de 2010, se reitera que “el motivo de la primera carta era la solicitud de una explicación a lo ocurrido con la citación tardía en Hematología y la ausencia de tratamiento con heparina de bajo peso molecular (...) y para señalar que este caso sirviera para mejorar estas situaciones”, manifestándose seguir a la espera de respuesta y planteando la innecesariedad de la futura consulta en Hematología. En definitiva, no habiéndose iniciado procedimiento de responsabilidad patrimonial alguno no ha existido tampoco la correspondiente subrogación de los causahabientes del interesado en él.

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 10 de marzo de 2011, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 24 de julio de 2010, 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.

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 43.3, 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.- El asunto que se somete a examen se refiere, de acuerdo con la delimitación de la esfera jurídica afectada que hemos realizado en nuestra consideración segunda, a la reclamación formulada por los interesados por los

daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su padre que atribuyen al incorrecto tratamiento por parte del servicio público sanitario.

La documentación disponible permite acreditar tanto la realidad de la defunción, acaecida el día 24 de julio de 2010, como la del accidente cerebrovascular padecido por el paciente con anterioridad -el 28 de marzo de ese mismo año-. Igualmente, pese a no constar expresamente el motivo de fallecimiento en el informe emitido el 13 de agosto de 2010 por la facultativa de Atención Primaria que prestó al paciente cuidados paliativos en su domicilio desde el alta hospitalaria, cabe presumir, a la vista de lo actuado, la relación entre el ictus isquémico y el fatal desenlace.

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 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 concretos.

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

Los interesados centran su imputación en la "falta de administración de anticoagulación", que entendían inmediata e indispensable en el momento en que aparece la fibrilación auricular (detectada en la consulta de 11 de marzo de 2010), pues consideran que en tal caso se hubiera evitado el ictus y, con ello, la ulterior defunción. En concreto, señalan que debió pautarse "heparina de bajo peso molecular hasta que se inicie" el tratamiento anticoagulante oral tras "ser visto en Hematología", dados los "factores asociados de riesgo embólico elevado" que presentaba el paciente -"hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular"- . También cuestionan que la cita para Hematología estuviera prevista para aproximadamente dos meses después de la consulta del 11 de marzo (el 9 de mayo de 2010), tiempo que consideran excesivo.

Sin embargo, pese a afirmar que "esta consideración es de absoluta evidencia en todos los protocolos de actuación y literatura médica" (constando que una de las interesadas es médica), no se aporta informe alguno que sustente tal argumentación. Por tanto, hemos de basarnos en los aportados por la Administración, que no han sido discutidos por los afectados durante el trámite de audiencia.

A la vista de los mismos, advertimos que el contenido de los distintos informes presenta cierta contradicción entre sí. Así, el Área de Neurociencias y

el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "Y" afirman, respectivamente, que la fibrilación auricular "es una situación clínica que requiere anticoagulación inmediata desde el momento en que se tiene constancia de la misma", y que "fue probablemente la causa responsable del ACV isquémico por el que ingresó en nuestro Servicio, especialmente si el paciente no recibió coagulación". Frente a tales manifestaciones, compartimos con la Inspectora de Prestaciones Sanitarias actuante la apreciación de que en ellos se aborda de forma genérica el supuesto planteado, sin examinar todos los antecedentes y demás circunstancias concurrentes, que hallamos tanto en los informes emitidos por los Servicios de Hematología y Cardiología del Hospital "X" -siendo este último al que se imputa la negligencia- como en el elaborado por el especialista de la asesoría privada.

Del examen de los mismos no resulta concluyente, en la forma expresada por los reclamantes y también por los citados informes del Hospital "Y", que la administración de heparina en particular, o de "anticoagulación inmediata en general", fuera una decisión clínica incontestable en el caso de este paciente.

El Servicio de Hematología, en un profuso informe, expone, en primer lugar, que los reclamantes exageran los posibles beneficios de la anticoagulación oral, pues advierte que para alcanzarlos (aunque nunca son del 100%, sino de un porcentaje que cifra en el 67%) es necesario que esta sea "estable y en rango", lo que "en ningún caso se hubiera podido lograr" en el plazo de dos semanas transcurrido entre la consulta del 11 de marzo y el episodio del ictus (el 28 del mismo mes). La opción por la anticoagulación "no estable y/o no en rango", que reduce los riesgos "en una cuantía muy inferior hasta que de forma progresiva (...) el beneficio terapéutico se pierde totalmente", obliga a considerar en todo caso "los altos riesgos hemorrágicos que comporta, llegando a ser una situación peligrosa, cuando no contraindicada". Reprocha igualmente el desprecio manifestado hacia tales posibles riesgos hemorrágicos, "especialmente elevados durante el primer mes" de tratamiento, como se razona, así como la falta de mención a que el paciente

“venía recibiendo una antiagregación eficaz con acetilsalicílico (Tromalyt)”, que ofrece, según “estudios”, una “protección relativa entre el 20 y el 30%”. Tras las consideraciones generales sobre los riesgos del tratamiento invocado por los demandantes, afirma que, para el paciente afectado, la opción pretendida por los reclamantes implicaba “un claro incremento del riesgo hemorrágico, lo que deliberadamente se ignora”, pues aquel presentaba un “altísimo riesgo vascular (...) (tan elevado como el riesgo cardioembólico)”; “concretamente, los diabéticos hipertensos” -a lo que se añade un historial de tabaquismo previo muy intenso, en este caso- “bajo tratamiento anticoagulante tienden a desarrollar un exceso de sangrado intracraneal (especialmente hemorragia cerebral) que suele resultar de consecuencias funcionales más devastadoras que el mismo ACV isquémico experimentado”. A ello añaden que el cuadro “difícilmente” podría haber sido evitado, pues “el efecto anticoagulante de los cumarínicos es de instauración tardía”, lo que implica que sea “totalmente habitual no conseguir una anticoagulación efectiva hasta bien avanzada la segunda semana”, reiterando que, al margen de que el ACV tiene lugar precisamente dos semanas después -esto es, justo en el límite del plazo indicado-, “la sinergia hipocoagulante deseada hubiera comportado también altos riesgos hemorrágicos, de consecuencias impredecibles, y que”, abunda, “-de materializarse- a buen seguro hubieran podido también fundamentar -de forma paradójica- otra demanda por el motivo opuesto: un accidente hemorrágico letal”.

El informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora coincide en que, aunque el paciente cumplía “los criterios necesarios para iniciar una anticoagulación oral al aparecer” la fibrilación auricular, su administración implica un “riesgo aumentado de hemorragia”, al estar recibiendo el paciente -con necesaria continuación- “antiagregación plaquetaria (el efecto antiagregante dura al menos 7 días después de suspender el fármaco)”, exigiendo un “control estricto por parte del Laboratorio de Hematología”, lo que se había solicitado, resaltándose que en la consulta del 11 de marzo se suspendió la aspirina.

De manera específica, se contempla el uso de heparina, propuesto por los reclamantes. Al respecto se refleja que “ninguna guía ni texto, ni estudio conocido, ha valorado el tratamiento con heparina en este contexto ni ha establecido la dosis a utilizar”, pues “la experiencia para disminuir el riesgo embólico por esta arritmia se ha hecho con anticoagulantes orales y con antiagregantes plaquetarios”, estos últimos “los tomaba el paciente y tienen un efecto protector”, si bien menor que otros anticoagulantes (cita, en concreto, el Sintrom). Aún más, no solo “el uso concomitante de heparina (...) no está estandarizado en estos casos” sino que, se sostiene, incrementa “notablemente el riesgo de hemorragia, ya de por sí aumentado en estos pacientes (de hecho este enfermo sufrió una hemorragia digestiva con posterioridad), sin asegurar por eso una protección del 100% frente a las cardioembolias”.

No puede dejar de mencionarse, por último, que el informe contradice además la enunciada “probabilidad” de la fibrilación auricular como causa del ACV isquémico, contenida en los informes de los dos Servicios del Hospital “Y”. Así, se afirma que existían otras “causas de base para que se produjera un ictus isquémico”, pues presentaba “arterioesclerosis o ateromatosis demostrada en varios territorios vasculares”, por lo que estaba muy predispuesto a sufrir un ACV “no necesariamente cardioembólico”; de hecho, se niega que, de acuerdo con la bibliografía disponible, pueda determinarse a través de una “prueba patológica, de total certeza o incontrovertible”, el origen del ictus “en un paciente con estas características”.

En otro orden de cosas, y además de confirmar que la decisión médica se tomó siguiendo la valoración del riesgo beneficio que representaba para el perjudicado la prescripción cuestionada en el momento de advertirse la fibrilación auricular, el Servicio de Cardiología refuta y aclara, con base en la documentación obrante en el expediente, la mención hecha por los interesados a la deficiente atención recibida en la consulta del mes de diciembre de 2009.

En definitiva, los informes técnicos recabados por la Administración, unidos a la ausencia de cualquier otro en sentido contrario y a la falta de aportación por los interesados de una justificación técnica de su imputación de

negligencia por la falta de administración inmediata de tratamiento anticoagulante ante la detección de fibrilación auricular, nos impiden apreciar la concurrencia de mala praxis.

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.