

Expediente Núm. 102/2014
Dictamen Núm. 94/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 8 de mayo de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de marzo de 2014 -registrada de entrada el día 1 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada en un centro vinculado a la red hospitalaria pública mediante convenio singular.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 26 de febrero de 2013, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación por los daños y perjuicios ocasionados por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la defectuosa atención prestada en el Hospital “X”.

Exponen que el paciente “realizaba seguimiento en la consulta de Patología Digestiva” del referido centro “desde hace varios años por padecer

cirrosis hepática posetífica estadio A de Child”, habiendo ingresado “en el mes de enero de 2011” en dicho hospital “por presentar agudización de síndrome ventilatorio mixto por viriasis”, causando alta el día 15 del mismo mes.

El 26 de febrero de 2012 ingresa de nuevo “por presentar aumento de la disnea habitual, con expectoración escasa, sin claro dolor torácico, fiebre de hasta 38º, aumento del diámetro abdominal y edemas en piernas”. Reprochan que, pese al “descenso evidente de la saturación de oxígeno, que pasó de un 70% al ingreso a un 60%”, permaneció “ingresado en planta cuando debió ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos a fin de realizar un seguimiento más intensivo de su patología”, y señalan que aunque “se solicitó a la familia expresamente que trajesen al hospital el dispositivo de CPAP que el paciente tenía pautado” no “fue conectado” al mismo.

Afirman que el afectado “fue encontrado muerto en la ronda de vigilancia del turno de enfermería el 27 de febrero de 2012”, determinando la necropsia practicada como posible causa de la muerte un “tromboembolismo pulmonar junto a neumonía lóbulo inferior derecho que conducen a insuficiencia respiratoria global aguda”.

Destacan que, tras solicitar la historia clínica obrante en el hospital, observan en ella la ausencia de “documentos relevantes”, por lo que reiteran dicha petición, y consideran que existe relación de causalidad entre la defunción y la asistencia recibida, al no haber sido sometido el paciente a “la vigilancia exhaustiva que requería su estado, especialmente, la baja saturación de oxígeno que presentaba, y haber permanecido en planta cuando debería haber sido trasladado a la UCI”, y también “al no haber sido conectado al dispositivo de CPAP que tenía pautado”.

Solicitan una indemnización por importe de ciento treinta y nueve mil trescientos veintitrés euros con cincuenta y tres céntimos (139.323,53 €) para la esposa del fallecido y de once mil seiscientos diez euros con veintiocho céntimos (11.610,28 €) para cada uno de los hijos.

Aportan diversos informes médicos, entre los que se encuentra el “informe de hospitalización y exitus”, y una certificación literal del fallecimiento.

2. Mediante escrito notificado a los interesados el 13 de marzo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria 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 del silencio administrativo. Igualmente, les requiere para que acrediten documentalmente el parentesco que alegan tener con el fallecido.

Obra incorporada al expediente, a continuación, una copia del Libro de Familia.

3. Con fecha 6 de mayo de 2013, la Directora Médica de la Fundación Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios "la documentación que es posible facilitar" en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Expone que el sistema informático del centro "no permite realizar copias de algunos de los documentos solicitados, como hojas de órdenes médicas, hojas de cuidados de enfermería, hojas de aplicación terapéutica de enfermería y gráficos de constantes"; situación que "ya ha sido comunicada por escrito al Servicio de Salud del Principado y a la Consejería de Sanidad".

Asimismo envía el informe elaborado, con fecha 10 de abril de 2013, por la Jefa del Servicio de Medicina Interna. En él refiere, en primer lugar, y en cuanto a la "documentación aportada", que, "a la espera de la solución" del problema de acceso a parte de la documentación de la historia clínica, se realiza "una transcripción del histórico de órdenes médicas farmacológicas y no farmacológicas, transcripción de constantes" y "copias de pantalla de hojas de cuidados de enfermería y de aplicación terapéutica de enfermería", y efectúa un "resumen de la historia clínica".

Consta, a continuación, una "nota aclaratoria" a dicho informe, emitida el 17 de junio de 2013, en la que se aborda "la posible indicación del ingreso del paciente en la UCI", la "no conexión a la CPAP nocturna que tenía en su domicilio" y la "no administración de heparina de bajo peso molecular de forma profiláctica".

Por lo que se refiere al primer extremo, explica que la alegación de los reclamantes sobre el empeoramiento de la saturación de oxígeno, que pasa “del 70% al 60%”, es “errónea”, pues las “saturaciones corresponden a dos métodos distintos de medición en el mismo momento, la primera por pulsioximetría digital y la segunda por gasometría arterial, ambas realizadas en Urgencias antes de proceder a tratar con oxígeno al paciente, y no se trata de datos evolutivos./ La medición evolutiva de la saturación de oxígeno muestra un 91%, lo que confirma la corrección progresiva de la insuficiencia respiratoria. Al estar el paciente hemodinámicamente estable, consciente y neurológicamente normal, mantenerse la saturación de oxígeno en 91% y no apreciar otros criterios de gravedad no se valoró el ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados Intermedios del hospital”.

En cuanto a la falta de “conexión a la CPAP nocturna que tenía en su domicilio”, precisa que “se recomienda habitualmente” su mantenimiento “durante el ingreso en pacientes en situación estable desde el punto de vista respiratorio”, pero “es un tratamiento mal tolerado en agudizaciones respiratorias en las que exista aumento de secreciones, disnea”, etc., y “no se indicó como método para mejorar” la ventilación u oxigenación en este paciente. Añade que “el personal de enfermería tenía por una parte orden de mantener oxigenoterapia y por otra de aplicar la CPAP durante la noche. Al comprobar que ambas órdenes médicas no eran compatibles se consultó al facultativo de guardia, que inicialmente recomendó valorar la posibilidad de aplicar oxigenoterapia acoplada a la CPAP, y al comprobar que no era viable técnicamente se indicó la prioridad de oxigenar mediante Ventimask sobre la necesidad de CPAP nocturna”.

Finalmente, sobre “la no administración de heparina de bajo peso molecular de forma profiláctica” -aspecto este que no se contempla en la reclamación-, indica que “en el momento del ingreso el paciente presentaba un trastorno de coagulación secundario a la cirrosis hepática”. Este dato, junto a “los antecedentes de dos nichos ulcerosos en antro gástrico, la existencia de insuficiencia renal crónica agudizada y la neumonía extrahospitalaria que explicaba sobradamente el cuadro de insuficiencia respiratoria en paciente

EPOC y con SAHOS, hizo que al principio se diera prioridad al riesgo de sangrado. La profilaxis tromboembólica se hubiera instaurado posteriormente, una vez estabilizada la situación inicial de riesgo hemorrágico”. Concluye que, “dado que el episodio de tromboembolismo pulmonar se desarrolla en las primeras 24 horas del ingreso, consideramos cuanto menos dudoso el beneficio que hubiese aportado sobre la evolución del paciente la primera dosis de heparina de bajo peso molecular en dosis profiláctica”.

Se acompañan dos anexos en los que se recogen la prescripción no farmacológica y farmacológica (anexo I) y los informes clínicos relativos al ingreso del 26 de febrero de 2012 -elaborados por los Servicios de Medicina Interna y de Neumología- y al de enero de 2011 -emitido por el Servicio de Neumología- (anexo II).

Consta, igualmente, diversa documentación obrante en la historia clínica del paciente.

4. Mediante oficio de 10 de junio de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección, Centros y Servicios Sanitarios los datos clínicos del paciente obrantes en el centro de Atención Primaria al que pertenecía.

5. El día 3 de julio de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él expone los criterios de ingreso en una UCI de los pacientes afectados por neumonía aguda extrahospitalaria, como la padecida por el paciente, y, tras señalar que este no los reunía, sostiene que “fue tratado correcta y precozmente, al indicarse el ingreso hospitalario en planta, oxigenoterapia, antibioterapia de amplio espectro y tratamiento para la agudización de su EPOC”. Añade que “la interrupción del tratamiento con CPAP fue inevitable, al prevalecer la necesidad de una adecuada oxigenación con Ventimask y ser técnicamente incompatible con CPAP”, y que el posible beneficio que se hubiera derivado de la administración de profilaxis tromboembólica habría sido “mínimo/nulo”, pues, dado que el paciente fallece “antes de transcurridas 24 h desde su ingreso hospitalario”, únicamente habría recibido “una primera dosis de heparina”.

Concluye que la presentación clínica de la patología causante de la muerte -el tromboembolismo pulmonar bilateral- fue "atípica y resultó enmascarada por otra enfermedad coexistente, como se describe en la literatura", que también "describe que la muerte súbita es la manifestación clínica inicial en aproximadamente el 25% de los pacientes con embolismo pulmonar, incluso antes de las 2 horas de haber ocurrido el episodio agudo, lo que no permite iniciar el tratamiento o, aun iniciado, que este ejerza su efecto./ El escaso margen de tiempo desde el ingreso hospitalario del paciente hasta su fallecimiento (inferior a 24 h) permite afirmar que se trató -con una alta probabilidad- de una muerte no evitable, independientemente de los esfuerzos terapéuticos que se hubieran realizado", por lo que propone desestimar la reclamación.

6. Con fecha 24 de julio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación a la Gerencia de la Fundación Hospital "X", concediéndole un plazo de diez días para efectuar "cuantas alegaciones" se estimen pertinentes.

7. El día 26 de diciembre de 2013, una asesoría privada, a instancia de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, emite un informe suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En él, tras efectuar diversas consideraciones médicas, concluyen que "el paciente tenía una importante comorbilidad, entre la que destaca obesidad mórbida, arterioesclerosis generalizada con cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de apnea obstructiva del sueño y cirrosis hepática de etiología alcohólica (...). Este enfermo presentaba dos factores de riesgo de embolia pulmonar, la obesidad y la neumonía con sepsis (...). La probabilidad clínica de embolia pulmonar era baja, y además existía un diagnóstico alternativo para explicar los síntomas, la neumonía, que es la primera posibilidad a tener en cuenta en esta situación, como así se hizo. Además es muy probable que al ingresar la embolia pulmonar no existiese aún (...). La mortalidad es mayor del 30% en las embolias pulmonares masivas y menor en

las no masivas. La aparición de muerte súbita solo ocurre en embolias masivas en las que la mortalidad es mayor del 30%, incluso con tratamiento adecuado (...). Es probable que como consecuencia de un episodio de fibrilación auricular se formasen trombos en aurícula derecha y en un momento determinado (después de ingresar) dieran lugar a las embolias pulmonares bilaterales (...). La ausencia de trombosis venosa en extremidades inferiores y el antecedente de fibrilación auricular hacen que esta posibilidad sea la más probable. En este caso la administración de heparina de bajo peso molecular en dosis profiláctica no habría tenido ningún efecto preventivo (...). Este enfermo padecía una neumonía grave e ingresó en el hospital porque presentaba varias de las indicaciones de ingreso (...). El paciente ingresó con un tratamiento que incluía la administración de levofloxacino y de un betalactámico (cefotaxima) (...). Con la administración de oxígeno con Ventimask se consiguió una oxigenación aceptable, pasando la saturación de oxígeno del 60% al 91% (...). El hecho de que el enfermo no recibiese tratamiento con CPAP no tuvo ninguna influencia en su fallecimiento, ya que este fue debido a embolismo pulmonar múltiple cuya aparición no tiene ninguna relación con la aplicación o no de la CPAP (...). Este enfermo no presentaba ningún criterio mayor de ingreso en UCI e inicialmente presentaba tres criterios menores (frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm, $PaO_2/FiO_2 \leq 250$ e insuficiencia renal aguda) que se corrigieron con la administración de oxígeno, quedando solo la insuficiencia renal aguda. Por tanto, no era necesario el ingreso en UCI”.

8. Mediante escrito notificado a los interesados el 22 de enero de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Consta en el expediente la personación de los reclamantes el día 4 de febrero de 2014 para examinarlo.

9. El día 17 de marzo de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Afirma que “el fallecimiento del paciente no guarda relación con

la asistencia que se le prestó”, sino con la “gravedad y extensión del tromboembolismo que probablemente ocurrió tras el ingreso y cuyos síntomas se superponen con los de la neumonía”, reiterando los argumentos expuestos en los informes técnicos incorporados al expediente en cuanto al uso profiláctico de la heparina de bajo peso molecular y la ausencia de cumplimiento de los criterios de ingreso en la UCI.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de marzo de 2014, 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 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.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, este Consejo viene reiterando (entre otros, Dictámenes Núm. 145/2012, 148/2012 y 142/2013) que el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, que en el presente caso ha sido prestado por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud; siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda. En este supuesto, de la documentación obrante en el expediente se desprende que la atención prestada al perjudicado en el centro hospitalario privado lo ha sido en tanto que beneficiario del sistema sanitario público, y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido. Por tanto, a la vista del escrito presentado, resulta correcta la tramitación del oportuno procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC.

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 26 de febrero de 2013, habiendo tenido lugar el fallecimiento del pariente de los interesados el día 27 de febrero de 2012, 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.

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 reclamantes solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que vinculan a la asistencia sanitaria recibida tras un ingreso hospitalario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditada la defunción del marido y progenitor de los interesados, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone para sus familiares.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En este sentido, la imputación efectuada por los interesados se centra, en su escrito inicial, en varios aspectos relativos a la atención dispensada con ocasión del ingreso del paciente el día 26 de febrero de 2012, durante el cual se produjo el fallecimiento. Así, cuestionan que permaneciera en planta en vez

de ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos pese al “descenso evidente de la saturación de oxígeno”, y también que no se le conectara al dispositivo de CPAP que usaba habitualmente.

Sin embargo, no apoyan tales argumentos en informe médico alguno, por lo que este Consejo debe basarse en los elementos de juicio proporcionados por los incorporados al expediente a instancia de la Administración, los cuales no han sido discutidos por los reclamantes.

Respecto a la primera cuestión, los especialistas señalan que el paciente “no presentaba ningún criterio mayor” de los consensuados como determinantes de su ingreso en la UCI, corrigiéndose gracias a “la administración de oxígeno” parte de los criterios menores que inicialmente concurrían, tras lo cual la persistencia de la “insuficiencia renal aguda” no justificaba por sí sola el ingreso en dicha Unidad.

En cuanto a la segunda -que no se le conectara al dispositivo de CPAP que usaba habitualmente-, explican que “la mascarilla puede ser mal tolerada” en caso de problema respiratorio agudo, como la neumonía que padecía el afectado, y que, “en todo caso, la oxigenación se puede conseguir con oxigenoterapia con Ventimask o `gafas nasales´”; de hecho, “con Ventimask” se pasó en el enfermo de una “saturación de oxígeno del 60% al 91%”, lo que se entiende aceptable en su situación. Por otro lado, sostienen que la aplicación o no de la CPAP “no tiene ninguna relación” con la patología que causó el fallecimiento -embolismo pulmonar múltiple-. En este mismo sentido, la Jefa del Servicio de Medicina Interna aclara que el empeoramiento al que aluden los interesados no fue tal, sino que las cifras que mencionan “corresponden a dos métodos distintos de medición en el mismo momento, la primera por pulsioximetría digital y la segunda por gasometría arterial”.

Además, y aunque los reclamantes no lo planteen, los informes emitidos se pronuncian sobre la falta de profilaxis antitrombótica en el paciente (administración de heparina de bajo peso molecular), razonando que no estaba indicada por la “alteración de la coagulación” que presentaba (“con un tiempo de protrombina de 18 segundos que correspondía a un INR de 1,6”), y que “podía ser debida a la cirrosis que padecía, pero más probablemente era

expresión de una alteración producida por la sepsis debida a la neumonía que tenía”; hallazgo ante el cual se optó por “corregir la alteración administrando vitamina K”. En todo caso, señalan que, dada “la ausencia de trombosis venosa en extremidades inferiores y el antecedente de fibrilación auricular”, el origen más probable de la embolia en este paciente sería el “estasis venoso”, y que en ese supuesto “la administración de heparina de bajo peso molecular en dosis profiláctica no habría tenido ningún efecto preventivo”.

Por último, y de acuerdo con los informes, ha de tenerse en cuenta que la embolia pulmonar “probablemente” no “existiese aún” al ingreso, y su sospecha no era exigible, calificándose la “probabilidad clínica” de su padecimiento como “baja”; en cambio, la neumonía que efectivamente padecía fue correctamente tratada.

Por tanto, cabe descartar la existencia de relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y la actuación sanitaria desplegada con ocasión de su ingreso hospitalario.

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.