

Expediente Núm. 182/2016

Dictamen Núm. 222/2016

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 6 de octubre de 2016, 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 30 de junio de 2016 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de un familiar que atribuyen al retraso diagnóstico de un proceso infeccioso.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 4 de septiembre de 2015, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, en un centro hospitalario público.

Indican que su familiar, “que en el momento de los hechos contaba 80 años de edad, el pasado 1 y 2 de septiembre de 2014 fue remitido desde la residencia para la tercera edad donde se encontraba institucionalizado al

Servicio de Urgencias del Hospital con relación a un bajo nivel de conciencia. En ambas ocasiones el diagnóstico fue el mismo, una supuesta intoxicación por benzodiazepinas. Pese a la administración de `Anexate`, un antídoto habitual para la intoxicación por este tipo de fármacos, la mejoría no fue llamativa. La actuación médica de este hospital, aparte de realizarle las pruebas médicas complementarias que se citan en los mismos y se dan por reproducidas, se limitó a recomendar una abundante hidratación y reajustarle la medicación. En ambos casos fue alta el mismo día del ingreso./ Pues bien, cuatro días después, el 6 de septiembre, el enfermo vuelve (...) al Servicio de Urgencias nuevamente por bajo nivel de conciencia con sospecha de intoxicación por benzodiazepinas, pero esta vez resultó derivado al Servicio de Enfermedades Infecciosas y es cuando se le detecta una úlcera que supura en el codo izquierdo, lo que a la postre será la causa de su muerte el día 9 de septiembre”.

Tras aludir al informe de exitus del paciente, del que subrayan que “24 horas tras el ingreso se produce exitus no presenciado. Entre los estudios realizados presenta bacteriemia por SAMS con foco en absceso de codo”, concluyen, con apoyo en el informe pericial que adjuntan, que “la causa del fallecimiento del enfermo es, con toda probabilidad, la sepsis generalizada que se produce como consecuencia de la úlcera infectada en el codo izquierdo. Dado el tiempo de evolución necesario para que la infección de una úlcera de cúbito en codo izquierdo ocasione una bacteriemia, igualmente con toda probabilidad las alteraciones iniciales del nivel de conciencia los días 1 y 2 de septiembre se debían a esta causa. Incluso en el informe del día 2 de septiembre del Servicio de Urgencias del hospital no se hace referencia a la existencia o no de cambios en el nivel de conciencia después de la administración de Anexate”.

Señalan que el motivo de la reclamación de responsabilidad patrimonial es “una clara vulneración de la *lex artis* que concretamos en los ingresos del día 1 y 2 de septiembre de 2014, cuando pasó desapercibida la infección que el día 9 motivó el fallecimiento (...), que pudo y debió haberse evitado con un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico, puesto que los profesionales que

atendieron al paciente contaban con los medios para haber realizado un correcto diagnóstico, atajar la infección y evitar el deceso./ `El bajo nivel de conciencia´ se atribuyó como causa única y exclusiva a una posible intoxicación por benzodiazepinas, desechando la infección como hipótesis diagnóstica, la cual explicaría la sintomatología que presentaba el paciente, siendo decisiva esta demora para el notable empeoramiento del cuadro séptico que tuvo lugar seguidamente y que finalmente derivó en fallo multiorgánico y su óbito./ Precisamente esa tardanza demuestra que no se puso toda la diligencia debida para emitir entonces el diagnóstico correcto. Es el día 9 de septiembre en el informe de exitus (cuando) se hace constar por primera vez en la impresión diagnóstica que el paciente sufre `una bursitis y artritis de codo izquierdo secundaria a úlcera profunda por decúbito por bacteriemia por SAMS´./ Nada se hizo constar anteriormente, y evidentemente ello no surge de la nada, espontáneamente. La lesión del codo izquierdo origen de la infección y que pasó inadvertida ya existía los días 1 y 2 de septiembre, y es el día 9, el mismo día de la muerte, cuando nos encontramos con este diagnóstico sin apenas tiempo para aplicar un tratamiento antibiótico con el resultado ya conocido./ De lo anteriormente argumentado se desprende que no se pusieron a disposición del paciente todos los medios, conocimientos y técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en el momento de detectar la infección. Debió extremarse la diligencia al tratarse de un enfermo diagnosticado de Alzheimer, poco colaborador debido a su enfermedad; en definitiva, un paciente de riesgo que acude por dos veces al Servicio de Urgencias y precisa que se extreme la debida cautela y precaución. Concorre con ello una indudable demora en el diagnóstico y tratamiento aplicable y en consecuencia la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria”.

Invocan como fundamento de su pretensión, si bien con carácter subsidiario, la doctrina de la “perdida de oportunidad”.

Valoran el daño sufrido en “la cantidad conjunta” de ochenta y dos mil euros (82.000 €), de los cuales 70.000 € corresponderían a la viuda y 6.000 € a cada uno de sus hijos mayores de edad.

Acompañan, además del informe pericial mencionado, un poder para pleitos otorgado a favor de un procurador de los tribunales para actuar en nombre y representación de los reclamantes, así como diversa documentación acreditativa del vínculo matrimonial y de la relación paterno filial, respectivamente, de cada uno de los interesados con el fallecido.

2. Mediante escrito de 18 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, 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 24 de septiembre de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica del paciente y un informe del Servicio de Urgencias del Hospital

4. Con fecha 23 de octubre de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado y los informes elaborados por los facultativos que le atendieron con motivo de su ingreso en el Servicio de Urgencias los días 1 y 2 de septiembre de 2014.

En cuanto a la asistencia recibida por el paciente el día 1 de septiembre de 2014, se indica de que "se trata de un paciente institucionalizado recientemente que es traído al Servicio de Urgencias del Hospital acompañado de la familia por un cuadro de disminución del nivel de conciencia. Debido a que es imposible realizar una adecuada anamnesis al paciente por su estado se habla con la familia, que refiere una disminución del nivel de conciencia desde hace 48 horas, momento que coincide con un ajuste de dosis (incremento) de neurolépticos, benzodiacepinas y gabapentina./ Tras una exploración exhaustiva y la realización de pruebas complementarias, se

objetivan valores de benzodiazepinas en sangre >200, por lo que se decide tratamiento con flumazenilo tras el que el paciente mejora notablemente (es necesario destacar que el flumazenilo únicamente actúa como antídoto para benzodiazepinas y no para los neurolépticos y gabapentina que el paciente también tomaba y que con dosis altas también contribuyen a disminuir el nivel de conciencia)./ No dudo que el paciente tuviese un eritema en codo izquierdo, pues en este tipo de pacientes encamados son muy frecuentes, pero en ningún momento fue referido por la familia ni por el personal sanitario de la residencia (que diariamente asean al paciente) que presentase una úlcera a ese nivel, y tampoco se objetivó en el momento de la exploración que mostrase inflamación-infección en esa zona. Por lo que al encontrarse (...) hemodinámicamente estable y no presentar signos de sepsis, salvo una leucocitosis leve-moderada, se decide ajuste de tratamiento neurológico y observación domiciliaria”.

Respecto a la atención prestada el día 2 de septiembre de 2014, se informa de que en esta ocasión “la disminución de conciencia se atribuyó al tratamiento con benzodiazepinas + neurolépticos + GBP, que habían sido aumentados dos días antes. En el S.º de Urgencias también fue valorado por el S.º de Neurología, que modificó el tratamiento al alta./ No se objetivó foco infeccioso en ese momento y mejoró tras la administración del antídoto para las benzodiazepinas (presentaba dosis mayor de 200 en muestra de orina)”.

5. Mediante oficio de 26 de enero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del expediente incoado a la correduría de seguros, solicitando la emisión de informe pericial por parte de la compañía aseguradora.

Atendiendo a este requerimiento, el 11 de marzo de 2016 emite informe pericial una especialista en Medicina Interna. En él señala que se trata de “un paciente con demencia muy avanzada que había requerido el ingreso en una residencia por el nivel de agitación y agresividad que presentaba (...). Además de la demencia tenía otras comorbilidades, como la diabetes, una fibrilación auricular anticoagulada como enfermedad vascular. Le habían extirpado un

carcinoma cutáneo y tenía trastornos vasculares en MMII. Había sido fumador y bebedor (...). Por el trastorno neurológico se había iniciado y aumentado la dosis de fármacos que actúan sobre el SNC (...). Tanto en la residencia como la familia eso fue lo que refirieron a los facultativos que le atendieron en Urgencias los días 1 y 2 de septiembre (...) por disminución del nivel de conciencia (...). Fue correctamente valorado, excluyendo en la medida de lo posible la presencia de infecciones (Rx tórax normal, EO normal, ausencia de fiebre y TA normal). La presencia de leucocitosis como dato aislado, sin otros datos, solo obliga a observación por los facultativos (...). La disminución del nivel de conciencia, la respuesta al flumacénilo, la ausencia de otros datos clínicos, la presencia de cifras elevadas de benzodiacepinas en orina hacen que el diagnóstico sea correcto (...). El día 6 el motivo por el que fue referido a Urgencias fue diferente, con fiebre, tos y dificultad de la expectoración, además de flebitis en un brazo. Su (médico de Atención Primaria) ya le había prescrito antibiótico sin mejoría (...). Se identificó una neumonía por aspiración, complicación de la demencia y la intoxicación por benzodiacepinas, un absceso en el codo sobre una úlcera por presión, insuficiencia renal con datos de deshidratación; datos inexistentes en la atención del día 1 (...). Fue ingresado y correctamente tratado, a pesar de lo cual falleció como consecuencia del conjunto de problemas que presentaba, de los cuales el fundamental era el deterioro cognitivo”.

6. También a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, con fecha 15 de marzo de 2016 emite informe un gabinete jurídico privado. En él se concluye que “no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud del Principado de Asturias al no haber actuación contraria a la *lex artis* (...). No existe tampoco relación de causalidad entre la actuación médica de este servicio público de salud y el fallecimiento del paciente, que padecía un cuadro muy complejo de demencia, neumonía por broncoaspiración, absceso en el codo, sepsis que podía tener su origen tanto en el pulmón como en el codo, fibrilación auricular y diabetes mal controlada (...). Dado lo anterior no procede otorgar indemnización”.

7. Mediante oficio notificado a los reclamantes el 28 de abril de 2016, la Directora General de Política Sanitaria les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 5 de mayo de 2016 comparece en las dependencias administrativas uno de los interesados, a quien se le hace entrega de un CD que contiene una copia de la documentación obrante en el expediente.

8. Con fecha 18 de mayo de 2016, los perjudicados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirman en todos los términos de su reclamación. A estos efectos, y partiendo del dato de que cuando el día 6 de septiembre el paciente acudió por tercera vez al Servicio de Urgencias del Hospital, momento en el que “se le diagnosticó correctamente una `úlceras inefectivas que drenan purulento (es decir, segregando pus) a nivel de codo izquierdo”, insisten en que “la `mala praxis´ o subsidiariamente `pérdida de oportunidad´ la ceñimos a los ingresos (...) del día 1 y 2 de septiembre en los que esta persona ingresó por Urgencias y fue diagnosticada de intoxicación por benzodiazepinas, cuando además tenía esa infección, calificada como `purulenta´ 4 días después y que debería haberse apreciado tras una adecuada exploración física”. Añaden que “es cierto que la familia cuando (lo) ingresa (...) en el hospital no dice nada al respecto, pero es que tampoco son médicos”.

Ponen especial énfasis en la constatación que hace la perito de la compañía aseguradora en su informe al señalar que el día 1 de septiembre cuando el paciente acudió a Urgencias la analítica realizada arrojó “leucocitosis (14.000) y desviación izquierda”. Tras llamar la atención sobre la trascendencia de este dato, argumentan que “sin duda Internet es una herramienta extraordinaria, porque a la voz de `leucocitosis y desviación izquierda´ nos encontramos con la siguiente opinión como mejor respuesta (...): `leucocitosis significa aumento por encima del valor de referencia de los leucocitos (5.000 a 10.000 por mm³ de sangre) y desviación a la izquierda significa que la elevación

de los leucocitos ha sido a expensas de los neutrófilos segmentados, que son leucocitos especializados en combatir a las bacterias; así, cuando se dice que hay una leucocitosis con desviación a la izquierda se sospecha de una infección bacteriana. Se dice que está desviada a la derecha la fórmula leucocitaria cuando los leucocitos se han elevado a expensas de los leucocitos llamados linfocitos, que están especializados en el combate de infecciones virales. Las infecciones virales cursan con leucopenia (es decir disminución del número total de leucocitos pero con linfocitosis, es decir con aumento de los linfocitos); es decir en las infecciones virales existe leucopenia con desviación a la derecha. Resumiendo: leucocitosis con desviación a la izquierda señala infecciones de origen bacteriano y leucopenia con desviación a la derecha infecciones de origen viral´./ Precisamente lo que causó la muerte del (paciente), una infección bacteriana que pasó desapercibida por una úlcera en el codo izquierdo `purulenta´ el día 6 de septiembre./ ¿Existían síntomas a tener en cuenta en su ingreso el día 1 de septiembre? Por supuesto. Por una lado, la `leucocitosis y desviación izquierda´, pero además, y como motivo del ingreso, la `disminución de nivel de conciencia´ que se atribuyó exclusivamente a la intoxicación de benzodiazepinas cuando también es compatible con la infección./ En cualquier caso, es innegable que con una adecuada exploración física se hubiera detectado el problema”.

9. Mediante oficio de 23 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

10. El día 14 de junio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “cuando el paciente acude al Servicio de Urgencias los días 1 y 2 de septiembre de 2014 no existían datos clínicos de infección, sino tan solo una `leve-moderada leucocitosis´ que lo único que requiere es un seguimiento (...) por su médico de Atención Primaria. Además en los días anteriormente referidos los familiares solo refieren una disminución del nivel de conciencia, sin hacer ninguna

referencia a la existencia de una `úlcer a purulenta´. Con la administración del antídoto de las benzodicepinas el paciente mejoró, por lo cual el diagnóstico era acertado. Cuando (...) ingresa el día 6 de septiembre el diagnóstico es neumonía por aspiración (con síntomas y signos claros de infección) que muy bien pudiera ser la causa de la sepsis en un paciente con comorbilidades muy importantes que llevaron al fatal desenlace”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de junio de 2016, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para

los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de los interesados registrada el día 4 de septiembre de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, están los reclamantes -viuda e hijos del fallecido- activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 4 de septiembre de 2015, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 10 de septiembre de 2014, 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 Responsabilidad Patrimonial.

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, y como ya hemos puesto de manifiesto en nuestro Dictamen Núm. 198/2016, constatamos la ausencia del informe técnico de evaluación, documento que habitualmente se venía incorporando a los expedientes de reclamación de responsabilidad patrimonial. Al igual que allí, insistimos en que, aunque tal informe no resulta preceptivo, el Consejo Consultivo considera que su falta empobrece el análisis de las materias propias de la ciencia médica que se cuestionan por los interesados.

Asimismo, 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se solicita una indemnización como consecuencia del fallecimiento del esposo y padre de los reclamantes, al considerar que el óbito sería consecuencia de una supuesta tardanza en alcanzar un diagnóstico correcto, a la que asocian de manera subsidiaria una pérdida de oportunidad, cuando su familiar acudió al Servicio de Urgencias del Hospital los días 1 y 2 de septiembre de 2014.

Habiendo fallecido el esposo y padre, respectivamente, de los interesados en el citado centro hospitalario el día 10 de septiembre de 2014, es evidente que esta pérdida ha originado en aquellos un daño real y efectivo de naturaleza moral.

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 poder 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.

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 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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.

En el presente supuesto, los reclamantes, con apoyo en el informe pericial elaborado a su instancia por un especialista en Valoración y Baremación del Daño Corporal el día 31 de julio de 2015, centran el reproche que dirigen al funcionamiento del servicio público sanitario y sobre el que hacen descansar la supuesta infracción a la *lex artis* en la asistencia prestada a su familiar los días 1 y 2 de septiembre de 2014, al afirmar que en esas fechas no se le detectó al enfermo una "úlceras infectada en el codo izquierdo", y subsidiariamente no se le aplicó el tratamiento correcto, precisando que la existencia de aquella quedó objetivada en un nuevo ingreso en el referido centro el 6 de septiembre de 2014; ello, a la postre, habría derivado -a juicio de este perito- con toda probabilidad en la sepsis generalizada que provocó el fallecimiento del paciente el día 10 de septiembre de 2014 en dicho hospital.

En resumen, la principal, y en puridad única, censura que hacen los reclamantes a la asistencia prestada a su familiar en este proceso -que se inició el 1 de septiembre de 2014 y desembocó en su triste fallecimiento el día 10 del mismo mes- se circunscribe al hecho de que al paciente no se le hubiera detectado en el Servicio de Urgencias del Hospital ni el día 1 ni el día 2 una úlcera infectada en su codo izquierdo, y que su perito considera “con toda probabilidad” que ya se manifestaba en tales fechas.

Frente a ello, la documentación incorporada al expediente a instancias de la Administración sanitaria frente a la que se reclama, tanto la proporcionada por los facultativos que prestaron asistencia al paciente en las fechas señaladas como el informe elaborado por una especialista en Medicina Interna, resultan coincidentes al concluir que la asistencia recibida por el paciente resultó en todo momento, y más en concreto los días 1 y 2 de septiembre en el Servicio de Urgencias del Hospital, como acorde con la *lex artis ad hoc*.

Así las cosas, y a efectos de que este Consejo exprese su parecer en orden a dictaminar la adecuación o no a la *lex artis ad hoc* en la asistencia recibida por el perjudicado en esos concretos instantes, hemos de partir de las condiciones en las que la misma tuvo lugar, condicionada en gran modo por el estado de demencia con el que acudió, acompañado de su familia, al Servicio de Urgencias del Hospital el día 1 de septiembre de 2014; concretamente, una situación derivada del “Alzheimer en grado moderado con importante trastorno de conducta asociado” preexistente que había aconsejado su ingreso en una residencia un mes antes del inicio de este episodio, y al que se deben añadir otras causas de comorbilidad, tales como diabetes, enfermedad cardiovascular, extirpación de un carcinoma cutáneo, así como la edad del enfermo -79 años- y sus antecedentes de fumador y bebedor. Estas circunstancias conforman un escenario no exento de dificultades, tal y como reconoce expresamente el propio perito de los reclamantes en su informe al afirmar “que las alteraciones cognitivas de los enfermos diagnosticados de Alzheimer hace difícil llevar a cabo una historia clínica”.

En estas complejas condiciones, así reconocidas por todos, y a tenor de la historia clínica del episodio incorporada al expediente, nos encontramos con

que el día 1 de septiembre el enfermo llega a Urgencias del Hospital derivado por su médico de Atención Primaria, al que habían llamado desde la residencia donde se encontraba institucionalizado al haber observado una repentina bajada en su nivel de conciencia, que deja constancia de la duda diagnóstica que se le presentaba en ese momento y que no era otra que si cabía hablar de un ictus o de efectos secundarios a la medicación.

Ya en el Servicio de Urgencias, los familiares insisten en que el motivo principal de la consulta es una "disminución del nivel de conciencia desde hace 48 horas, momento que coincide con un ajuste de dosis (incremento) de neurolépticos, benzodiazepinas y gabapentina".

Se observa, pues, que en ningún momento, ni por parte de la familia ni del facultativo que acordó la derivación, se hace referencia alguna a la posible existencia de un eritema en codo izquierdo, a lo que hemos de añadir que el paciente se encontraba ingresado en una residencia donde diariamente era atendido por personal especializado al efecto, que tampoco hizo mención alguna al respecto. Por otro lado, la exploración llevada a cabo en Urgencias no puso de manifiesto "inflamación-infección en esa zona".

Con estos antecedentes, el 1 de septiembre de 2014 la asistencia prestada al enfermo en Urgencias avanza con la realización de diversas pruebas que arrojaron los resultados de "Rx tórax normal, EO normal, ausencia de fiebre y TA normal", completadas con una analítica que dio como alteraciones unos "valores de benzodiazepinas en sangre > 200", así como "leucocitosis (14.000) y desviación izquierda". A la vista de este cuadro la primera decisión que toman los facultativos de Urgencias, no sin antes contactar con los especialistas de Neurología, y siendo incuestionable la existencia de una intoxicación por benzodiazepinas, tal y como puso de manifiesto la analítica, es la de implantar un antídoto y ajustar la medicación que se le venía pautando para el tratamiento de su dolencia de base. Los resultados son favorables y ante la mejoría notable que se observa en el estado del enfermo, lo que demuestra que el diagnóstico de la intoxicación no era erróneo, se le da de alta hospitalaria esa misma tarde, recomendándole, ante la objetiva gravedad del cuadro y dadas las numerosas causas de comorbilidad presentes, un estricto

seguimiento por parte de su médico y acudir de nuevo a Urgencias ante cualquier empeoramiento.

Así lo hicieron los familiares, que el día 2 de septiembre vuelven a Urgencias con el enfermo al presentar una sintomatología similar a la del día anterior, sin que tampoco se objetivase entonces ninguna infección en su codo izquierdo, por lo que tras un nuevo reajuste en la medicación después de consultar con Neurología es dado de alta con la misma recomendación de "control por su médico habitual".

De vuelta a la residencia, nos encontramos con que el paciente no acude de nuevo a Urgencias hasta el día 6 de septiembre, en que es derivado por su médico de Atención Primaria haciendo constar en el volante correspondiente los cambios trascendentales en su estado y síntomas que manifiesta con posterioridad al 2 de septiembre -folio 70-. En efecto, es el 6 de septiembre cuando la historia clínica obrante en el expediente recoge por primera vez la aparición de nuevos signos del proceso que finalmente se diagnosticó, pues en ese momento el enfermo acusa fiebre, tos de "varios días de evolución" y presenta "flebitis (en) MSI". A la vista de esta nueva sintomatología, los facultativos objetivan la presencia de una "bursitis" en su codo izquierdo, desencadenándose a partir de entonces un rápido proceso de deterioro general que desemboca en su fallecimiento el día 10 de septiembre.

Relatada la cronología del episodio que se desarrolla entre los días 1 a 10 de septiembre de 2014, entendemos que no cabe dar por acreditada la hipótesis de partida que sostiene el perito de los reclamantes cuando afirma que la úlcera finalmente objetivada el 6 de septiembre en el codo izquierdo del enfermo pudiera ser la causa de las alteraciones del nivel de conciencia con las que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital los días 1 y 2 de septiembre de 2014, y que "probablemente" no fuese diagnosticada de modo correcto. No existe prueba alguna al respecto, y todo parece indicar que la clínica confusional que en esos días presentaba el paciente estaba relacionada con la modificación de las dosis de los fármacos que se le administraban. En todo caso, resulta incuestionable que ninguna de las personas que tuvieron contacto con él en esos días, ni en los previos, y no solo los facultativos que le

atendieron en el Servicio de Urgencias, sino tampoco el personal de la residencia donde se encontraba institucionalizado, ni su médico de Atención Primaria, ni sus familiares, hicieron mención alguna a una lesión en su codo izquierdo, lo que unido a los signos clínicos que realmente presentaba nos conduce a considerar que no resultaba exigible a los facultativos del Servicio de Urgencias alcanzar el diagnóstico que ahora, sobre la base del resultado producido con posterioridad, es evidente.

En consecuencia, ayunas de prueba las hipótesis de partida de los interesados, y no siendo exigible, como hemos expuesto, que el servicio público sanitario alcanzara el diagnóstico de la enfermedad los días 1 y 2 de septiembre dada la sintomatología objetivada, se produce la ruptura del pretendido nexo causal entre fallecimiento del paciente el día 10 de septiembre y la asistencia prestada; relación de causalidad cuya existencia resulta inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración, lo que constituye motivo suficiente para desestimar la reclamación.

A mayor abundamiento, la cronología descrita pone de relieve que cuando el paciente vuelve al Servicio de Urgencias del Hospital el día 6 de septiembre refiriendo una sintomatología claramente novedosa, y objetivando a la exploración -ahora sí, y por primera vez- una bursitis en su codo izquierdo sugestiva de flebitis, ya venía siendo tratado de un posible foco infeccioso mediante el oportuno tratamiento antibiótico pautado desde el 3 de septiembre por su médico de Atención Primaria. Es decir, la posibilidad de la existencia una infección que para los interesados no habría sido debidamente diagnosticada ni tratada el 2 de septiembre en el Servicio de Urgencias sí fue sospechada a partir del día 3, pautándose de manera inmediata ese mismo día el tratamiento correspondiente; sin embargo, el paciente, aquejado de numerosas causas de comorbilidad, fallece el día 10. Ello nos lleva a concluir que aun acudiendo, de manera dialéctica, al argumento que subsidiariamente introducen los interesados en orden a una pérdida de oportunidad terapéutica la reclamación habría de ser igualmente desestimada.

Este Consejo viene señalando reiteradamente que la obligación de medios que integra la *lex artis* en la fase de diagnóstico no puede establecerse

con abstracción de los signos clínicos manifestados. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, siempre en atención a las dolencias del paciente y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento, sin que la correcta praxis médica ampare la diagnosis de la enfermedad en ausencia de signos clínicos típicos, o la realización indiscriminada de pruebas para alcanzar un diagnóstico indubitado.

Todo ello nos impide apreciar la concurrencia de nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

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.