

Expediente Núm. 227/2018
Dictamen Núm. 23/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de enero de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de septiembre de 2018 -registrada de entrada el día 5 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su madre, que atribuye a una reacción alérgica durante la realización de una prueba radiológica con contraste yodado.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de noviembre de 2017, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre.

Expone que el día 24 de noviembre de 2016 su madre acude al Servicio de Urgencias del Hospital “X” trasladada en uvi móvil por un cuadro de disnea

súbita tras “unas semanas encontrándose mal, con tendencia al encamamiento”. Refiere que durante la estancia en ese hospital sufrió “una reacción alérgica como consecuencia de la prueba radiológica con contraste yodado a la que fue sometida y de la cual no fue debidamente informada, ni se tuvo en consideración las advertencias sobre su sensibilidad química, como refleja la ausencia total de datos y conformidad en dicho documento para el consentimiento informado”.

Señala que la paciente formuló “reiteradas advertencias de la reacción adversa sufrida por (...) la administración del contraste, definiéndolo como ‘un fuego que la recorría y abrasaba por dentro’”, pese a lo cual la doctora “no le daba importancia alguna”, insistiendo “reiteradamente” en practicar una nueva prueba con contraste, puesto que sin hacerla “no la podían ayudar más, sin darles ningún tipo de alternativa”. Manifiesta que se solicitó también que se le practicara a la paciente “una RMN”, a lo que se negaron, comunicándoles que “no es preceptivo más pruebas diagnósticas” e indicando su traslado al Hospital “Y” para “drenar” el “gran quiste hepático” que presentaba.

Afirma que la muerte se produjo “como consecuencia de una negligente actuación de los servicios médicos y sanitarios de los centros hospitalarios donde fue atendida, quienes no solo no actuaron correctamente en una primera atención en el Servicio de Urgencias” del Hospital “X”, “al que fue llevada por el SAMU”, sino tampoco en el Hospital “Y”, “al que fue trasladada (...) para ser tratada, ni realizaron un correcto seguimiento y control adecuado de la enferma desde que esta fuera llevada a planta, al considerar que no requería (...) cirugía urgente, dejando transcurrir más de 9 días sin diagnosticar, a pesar de que el empeoramiento de esta era evidente a las pocas horas de ingresar en Urgencias” del Hospital “X” y “tras realizarle un angioTAC con civ”.

Añade que tanto él como su madre “fueron privados de sus derechos al negársele la información oportuna solicitada y la entrega de su historia clínica para poder obtener una segunda opinión médica, dejándola en una clara situación de desamparo, además de negarle la posibilidad de realizar una RMN a tiempo, a pesar que era de su conocimiento que esta era la prueba

diagnóstica más adecuada a las circunstancias particulares del momento y de la paciente, provocando una evidente pérdida de oportunidad./ No podemos obviar que tras la administración el primer día de ingreso de contraste yodado este le provoca una severa insuficiencia renal, cuestión que tratan de ocultar los responsables al no incluirlo en el historial médico (...), con las consecuencias para un correcto diagnóstico y tratamiento”.

Sostiene que le fue “pautado y administrado a la paciente 1 g de paracetamol cada 8 horas a pesar de que el empleo de paracetamol está claramente contraindicado en tales dosis (...) en casos de insuficiencia renal y hepática, como es el caso que nos ocupa, cuando se han administrado medios de contraste yodado./ A pesar de comentar en varias ocasiones con personal de enfermería que si era posible que no se le administrara paracetamol, dado que la paciente refería que no tenía dolor ni fiebre alguna, y que tras su administración experimentaba procesos febriles con escalofríos, se hizo caso omiso y se le siguió administrando sin ningún tipo de precaución./ Todo lo cual supone un funcionamiento anormal de la Administración”.

Por ello, solicita una indemnización de trescientos cincuenta y cinco mil quinientos dieciséis euros (355.516 €), que desglosa en los siguientes conceptos: “daño moral” causado por el fallecimiento de su familiar, 96.162 €, y “lucro cesante” derivado de “la pérdida de la pensión de la que venía siendo perceptora” la finada, 259.354 €.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Notas de progreso e informes clínicos del Hospital “X”. b) Informes clínicos de los Servicios de Cirugía General, Medicina Interna, Nefrología y Medicina Intensiva del Hospital “Y”. c) Copia del documento nacional de identidad del interesado y de su madre. d) Certificado de defunción, que acredita que el óbito se produjo el 10 de diciembre de 2016 en un hospital público. e) Copias del libro de familia.

2. Mediante oficio de 30 de noviembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas da traslado de

la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Con fecha 5 de diciembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas designa al Inspector de Prestaciones Sanitarias que actuará en el presente procedimiento.

4. El día 5 de diciembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado 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.

5. Mediante oficios de 5 de diciembre de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe del Servicio de Cirugía General en relación con el contenido concreto de la reclamación, así como una copia de la historia clínica de la perjudicada, y a la Gerencia del Área Sanitaria VII un informe del Servicio de Medicina Interna, interesando igualmente una copia de la historia clínica.

El día 27 de diciembre de 2017, el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio instructor una copia, en formato electrónico, de la historia clínica de la paciente, así como el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía General el 26 de diciembre de 2017. En él expone que “durante la estancia de la paciente en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Cirugía se registran 21 notas clínicas del Servicio. Fueron consultados los Servicios de Medicina Interna, Cardiología, Nefrología y Ginecología. Se le realizó un TC abdominal, una ecocardiografía, una RMN, una gastroscopia, una colonoscopia y un examen ginecológico. Tuvo una valoración preoperatoria por el Servicio de Anestesia. Finalmente, se le realizaron 19 baterías analíticas. Resulta, por tanto, difícil aceptar que hubiera desinterés o falta de atención”.

Explica que “el fallecimiento de la paciente se produce tras una parada cardiorrespiratoria que se instaura de forma brusca y que no responde a las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada que se instauraron a las 18:05 y se mantuvieron durante una hora. Desgraciadamente, la causa directa ligada a la parada que conduce al exitus no ha podido ser establecida, al haber denegado reiteradamente los familiares la realización de un examen necrópsico”.

Finalmente, comenta que “el acceso a la historia clínica está perfectamente regulado y se ejerce a través del Servicio de Atención al Usuario. Desconocemos, pues no hay constancia en la historia (...), las gestiones que hubieran podido realizarse”.

Mediante oficio de 19 de diciembre de 2017, la Gerente del Área Sanitaria VII traslada el Servicio instructor un CD que contiene la documentación solicitada.

6. Con fecha 9 de enero de 2018, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto reitera la petición de informe a la Gerencia del Área Sanitaria VII, reseñando que el mismo debe contener el posicionamiento del servicio implicado sobre lo alegado en la reclamación.

Mediante escrito de 29 de enero de 2018, la Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene el informe realizado por la Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital “X” el 22 de enero de 2018. En él señala que “en el momento del ingreso, para completar el estudio de la paciente, se solicita analítica general con ferrocinética y marcadores tumorales, ecocardiograma transtorácico y TAC toraco-abdomino-pélvico a ritmo normal, dado que en (la) historia clínica no constan alergias medicamentosas ni a ningún tipo de contrastes, y tampoco existe registro en la historia clínica (informe radiológico de angioTAC pulmonar/notas de enfermería) de ningún tipo de reacción alérgica o incidencia en relación con la administración del contraste intravenoso. No obstante, y dado que en una posterior valoración la paciente no consiente en realizar TAC

toraco-abdominal con contraste intravenoso, el día 25 de noviembre (...) se solicita ecografía abdominal urgente. Con la sospecha clínica de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y quiste hepático gigante, a las 13 h se solicita consulta urgente al S.º de Cirugía General y Digestivo. El 25 de noviembre de 2016, según nota de las 17 h, se solicita al 112 traslado de la paciente a Hospital `Y`. En base a la historia clínica, la paciente permanece ingresada en la Unidad de Reanimación a cargo del S.º de Medicina Interna del Hospital `X` 18 horas, donde se realiza una completa monitorización de constantes vitales, intensa vigilancia clínica y hemodinámica y adecuación de tratamiento a la situación de la paciente". Añade que este Servicio "respeto la voluntad de la paciente de no realizar estudios de TAC con contraste intravenoso a pesar de no existir en la historia clínica ningún tipo de constancia de reacción alérgica al mismo, sustituyendo este estudio por una ecografía abdominal con carácter urgente".

En cuanto a la administración de paracetamol, afirma que se le administra "1 g de paracetamol intravenoso el día 24 de noviembre (...) por hipertermia, lo que condicionó asimismo la extracción de hemocultivos y urinocultivos". En ese momento, respecto a la función renal, se disponía de una determinación de creatinina 0,8 mg/dl y urea 34 mg/dl (...) (función renal normal), lo que en ningún caso contraindicaba la dosis de paracetamol administrada. Por otro lado, la prescripción de 1 g de paracetamol cada 8 horas (...) va asociada a la condición de según precise, si temperatura superior o igual a 38º; circunstancia que se daba en la administración referida. El deterioro de (la) función renal con creatinina de 2,20 mg/dl y urea de 68 mg/dl se pone de manifiesto en estudio analítico del 25 de noviembre, cuyo resultado se obtiene a las 12 h 41 m". Subraya que la prescripción de paracetamol se realizó a una paciente "con función renal en ese momento normal por lo que no puede haber contribuido al deterioro de la misma, ya que la dosis total prescrita (no consta como administrada) durante las 18 horas de permanencia (...) a cargo del S.º. de Medicina Interna no supera la dosis total recomendada de paracetamol en

caso de insuficiencia renal, como con posterioridad se puso de manifiesto que presentaba la paciente”.

Añade que, “realizado de forma urgente un estudio de coagulación, se pone de manifiesto un descenso de la tasa de protrombina al 59 %, lo que orienta a la existencia ya de una hepatopatía en ese momento (...). Tanto el deterioro de la función renal hasta insuficiencia renal grado 3 como el deterioro de la función hepática (alteración de la coagulación en el momento de su ingreso en el S.º de Urgencias) pueden ser atribuidos al estado clínico de la paciente con la sospecha inicial de sepsis de origen abdominal y posteriormente síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en relación con quiste hepático gigante complicado./ Así pues, más allá de concluir que sea la administración de contraste yodado lo que le provoca (...) la insuficiencia renal, sí se considera que tanto esta como la insuficiencia hepática son consecuencia del proceso clínico de respuesta inflamatoria sistémica al quiste hepático gigante complicado que presenta”.

De otro lado, apunta que “durante su permanencia en el S.º de Medicina Interna (...) la familia ha sido informada del curso de los acontecimientos no ocultando en ningún momento la presencia de insuficiencia renal, ya que dicho punto consta (...) en el historial de la paciente, como queda reflejado en la evolución y comentarios del informe de traslado al Hospital `Y`”.

7. Mediante oficio de 20 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia del expediente a fin de que se recabe e incorpore al mismo el informe pericial de la compañía aseguradora.

El 23 de abril de 2018, emiten informe una especialista en Medicina Legal y Forense y una máster en Valoración del Daño Corporal. Tras analizar la documentación clínica, consideran que la asistencia dispensada a la paciente en el Hospital “X” “fue cuidadosa y correcta en todo momento, ajustada a protocolos con rápidas intervenciones y solicitud de pruebas complementarias, así como interconsultas a los diferentes servicios”.

Manifiestan que “la clínica presentada (...) tras la administración de contraste intravenoso para la realización del angioTAC no se puede considerar una reacción alérgica. Aun así, se respetó la voluntad de la paciente a la negativa de la realización de nuevas pruebas que precisaban de contraste para el diagnóstico (...). Se realizó RMN abdominal en sustitución, a la mayor brevedad posible, 4 días después del ingreso en el (Hospital ‘Y’). Esto no supuso una pérdida de oportunidad, aunque sí un retraso en el diagnóstico y en la decisión de realizar (intervención quirúrgica) de manera programada, ya que la paciente en ningún momento precisó de tratamiento quirúrgico urgente, según se desprende de la información reflejada en la (historia clínica)”.

Sobre la incidencia del paracetamol en el empeoramiento de la función renal, indican, con cita de literatura médica, que “a dosis terapéuticas el paracetamol no se ha asociado con alteraciones de la función renal, ya que no modifica el flujo sanguíneo renal ni la tasa de filtración glomerular aún en el riñón de bajo estrés”.

Finalmente, reseñan que “en la documentación aportada queda reflejada la información puntual del curso clínico de la paciente a familiares”. Por tanto, concluyen que “no se ha observado una actuación negligente en ninguno de los centros sanitarios, actuándose de manera correcta en todo momento”.

8. Con fecha 14 de junio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 20 de junio de 2018, el reclamante se persona en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le hace entrega de una copia de los documentos que lo integran.

9. Con fecha 16 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la correduría de seguros que, “notificado (el) trámite de audiencia, ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido”.

10. Con fecha 13 de agosto de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que en el presente caso “la asistencia prestada” a la paciente “fue acorde a la *lex artis*”, y mantiene que “no existió reacción alérgica al contraste”.

Afirma que “las dosis de paracetamol eran correctas”, y comenta, sobre la patología que presentaba la paciente, que “no requería intervención quirúrgica urgente” y que “fue valorada de forma correcta” en el Hospital ‘X’, poniéndose a su disposición “todos los medios”.

Concluye que “el fallecimiento se debió a complicaciones de su grave patología”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de septiembre de 2018, 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado 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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 24 de noviembre de 2017, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su familiar- el día 10 de diciembre de 2016, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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 por los daños derivados del fallecimiento de la madre del reclamante, que se atribuye a una deficiente asistencia sanitaria.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el óbito, que permite presumir un daño moral en quien reclama.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el interesado 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 este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, el reclamante no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto, y ni siquiera formula alegaciones en el trámite de audiencia. En efecto, en su escrito inicial se limita a formular genéricamente diversas consideraciones acerca de las actuaciones médicas recibidas por su familiar relativas a la administración de ciertos medicamentos y a las reacciones alérgicas de pruebas de contraste yodado, sin llegar a identificar qué concretas actuaciones sanitarias y por qué razones resultaron incorrectas y habrían contribuido causalmente a la producción del daño por el que reclama. Tal estrategia, advertida en otros casos similares, supone construir la reclamación en vía administrativa sobre vagas imputaciones que solo se concretarán y

tratarán de probar más adelante en un previsible pleito y resulta reprobable en cuanto que implica hurtar a la Administración reclamada y también a este Consejo del análisis completo de las cuestiones que suscita la acción de responsabilidad. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que analizamos el interesado no formula alegaciones ni ejercita el derecho que la ley le confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

En el supuesto planteado, según se recoge en el informe emitido por la Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X", la madre del reclamante acude al Servicio de Urgencias el 24 de noviembre de 2016 "por clínica de un mes de evolución (...), realizándose en este S.º la exploración física, estudios complementarios y tratamientos considerados oportunos". Consta que fue valorada por el especialista de guardia de Medicina Interna y que, con base en los estudios complementarios realizados, ingresó a cargo de este Servicio con los diagnósticos de "insuficiencia respiratoria tipo I, derrame pleural y lesiones hepáticas a estudio".

El interesado denuncia que durante la estancia en ese hospital su madre sufrió "una reacción alérgica como consecuencia de la prueba radiológica con contraste yodado a la que fue sometida y de la cual no fue debidamente informada, ni se tuvo en consideración las advertencias sobre su sensibilidad química, como refleja la ausencia total de datos y conformidad en dicho documento para el consentimiento informado". Es cierto que, según se desprende del expediente, se le practicó un angioTAC pulmonar con contraste intravenoso el día del ingreso para completar estudios, pero también que "en la historia clínica no constan alergias medicamentosas ni a ningún tipo de contrastes", como pone de manifiesto la Jefa del Servicio de Medicina Interna en su informe, de manera que la falta de antecedentes conocidos impide apreciar la existencia de mala praxis en la indicación y realización de la prueba con contraste. Además, en el mencionado informe se subraya que ni el informe radiológico de la angioTAC pulmonar ni las notas de enfermería registran

“ningún tipo de reacción alérgica o incidencia en relación con la administración del contraste intravenoso”. En este sentido, la perito designada por la compañía aseguradora señala que “la clínica presentada por la paciente tras la administración de contraste intravenoso para la realización del angioTAC no se puede considerar una reacción alérgica”. En cualquier caso, se respetó su voluntad de no llevar a cabo estudios de imagen con contraste intravenoso a pesar de no existir en la historia clínica ninguna referencia anterior a posibles reacciones alérgicas al mismo, sustituyéndose este estudio por una ecografía abdominal con carácter urgente. Igualmente, en la historia clínica remitida por el Hospital “Y” -centro al que es trasladada tras 18 horas de ingreso en el Hospital “X”- ya se deja constancia de su alergia a medios de contraste yodados en relación con el episodio que la paciente refiere haber sufrido en el hospital “X”. Por tanto, tampoco cabe afirmar, en contra de lo que refiere el reclamante, que se hiciera caso omiso a las manifestaciones de la paciente sobre el malestar experimentado tras efectuar la prueba con contraste.

El reclamante también denuncia que su familiar “no fue debidamente informada” de la prueba con contraste, basándose en la “ausencia total de datos y conformidad en (...) el consentimiento informado”. Al respecto, este Consejo ha sido tributario de la doctrina sentada por el Tribunal Constitucional en la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo -ECLI:ES:TC:2011:37-, en la que pone de relieve que el consentimiento informado constituye una manifestación de la facultad de autodeterminación del paciente, de modo que el daño moral que se anudaría a la insuficiencia de la información suministrada a aquel y la antijuridicidad de las lesiones producidas cuando falta el consentimiento informado originan un derecho que solo este puede invocar. En todo caso, la Jefa del Servicio de Medicina Interna del centro hospitalario defiende que la familia fue informada del estado de la paciente no solo durante el seguimiento realizado, sino también “en el momento del ingreso”, esto es, cuando se le realiza la prueba controvertida, y figura en la historia clínica la primera hoja del consentimiento informado en la que se recogen los datos de la enferma, así como la ausencia de contraindicaciones en su realización que pudieran provocar

efectos adversos, de lo que fue conocedor el reclamante al tomar vista del expediente sin que haya formulado reparo alguno sobre esta cuestión.

Sobre la posible incidencia de la administración de contraste intravenoso en la insuficiencia renal que presentó la paciente, la Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X" afirma que "más allá de concluir que sea la administración de contraste yodado lo que le provoca (...) la insuficiencia renal, sí se considera que tanto esta como la insuficiencia hepática son consecuencia del proceso clínico de respuesta inflamatoria sistémica al quiste hepático gigante complicado que presenta".

En segundo lugar, el reclamante denuncia que se le pautase y administrase "1 g de paracetamol cada 8 horas" durante su estancia en el Hospital "X" "a pesar de que el empleo de paracetamol está claramente contraindicado en tales dosis (...) en casos de insuficiencia renal y hepática, como es el caso que nos ocupa, cuando se han administrado medios de contraste yodado", si bien no aporta ningún informe técnico que dé soporte a tales aseveraciones. En contraposición a ello, la Jefa del Servicio implicado señala que la prescripción de paracetamol se realizó a una paciente "con función renal en ese momento normal por lo que no puede haber contribuido al deterioro de la misma, ya que la dosis total prescrita (no consta como administrada) durante las 18 horas de permanencia (...) a cargo del S.º de Medicina Interna no supera la dosis total recomendada de paracetamol en caso de insuficiencia renal, como con posterioridad se puso de manifiesto que presentaba la paciente". En todo caso, como apunta la perito de la compañía aseguradora -con cita de literatura médica-, "a dosis terapéuticas el paracetamol no se ha asociado con alteraciones de la función renal, ya que no modifica el flujo sanguíneo renal ni la tasa de filtración glomerular aún en el riñón de bajo estrés"; consideraciones de las que el reclamante fue conocedor en el trámite de audiencia -consta que tomó vista del expediente el 20 de junio de 2018- y que no ha refutado.

Por otro lado, el interesado asevera que se le negó a su familiar la posibilidad de realizar una RMN "a tiempo", lo que -a su juicio- provocó "una

evidente pérdida de oportunidad”. Consta sin embargo en la historia clínica remitida por el Hospital “Y” que dicha prueba se le efectuó el 30 de noviembre de 2016, esto es, cinco días después del ingreso, lo que según el informe médico-pericial de la compañía aseguradora no constituye una pérdida de oportunidad, toda vez que a la vista de los resultados que arrojó la misma no se estimó que la paciente precisara ser intervenida de forma urgente, por lo que se dejó programada la cirugía. El reclamante tampoco ha cuestionado este planteamiento, ni prueba que de haberse efectuado la RMN días antes los hechos hubieran cursado de forma distinta.

Respecto a la falta de seguimiento y control adecuados que denuncia, de los informes emitidos por los Servicios implicados se desprende que a la paciente se le practica una amplia batería de pruebas cuando ingresa de manera urgente en el Hospital “X”, incluyendo exploración física, analítica general con ferrocínica y marcadores tumorales, ecocardiograma transtorácico y TAC toraco-abdomino-pélvico. Además, la Jefa del Servicio de Medicina Interna defiende que se realizó una “completa monitorización de constantes vitales, intensa vigilancia clínica y hemodinámica y adecuación de tratamiento a la situación de la paciente”. Por su parte, el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital “Y” pone de relieve que la enferma fue valorada por los Servicios de Medicina Interna, Cardiología, Nefrología, Ginecología y Anestesia -en relación con la intervención que se había programado-, practicándosele asimismo un TC abdominal, una ecocardiografía, una RMN, una gastroscopia, una colonoscopia y un examen ginecológico, por lo que resulta “difícil aceptar que hubiera desinterés o falta de atención”.

Tampoco se puede vincular el fallecimiento a una negligencia de los servicios médico-sanitarios, ya que según la información disponible en la historia clínica la muerte se produjo tras una parada cardiorrespiratoria que no respondió a las maniobras de reanimación, si bien la causa directa ligada a la parada que conduce al exitus no ha podido ser establecida ante la negativa de su hijo -que actúa como reclamante en este procedimiento- a autorizar la autopsia.

Finalmente, de la documentación remitida no se deduce una omisión de información a los familiares de la paciente o que se haya obstaculizado su acceso a la historia clínica; al contrario, desde el Hospital "X" sostienen que durante su permanencia en el centro "la familia ha sido informada del curso de los acontecimientos".

En definitiva, el reclamante no aporta prueba alguna que apoye sus imputaciones ni las mismas se pueden deducir de la documentación clínica incorporada al expediente, sustentándose en sus meras afirmaciones, lo que no es suficiente para tenerlas por ciertas. Por tanto, dado que todos los informes incorporados al expediente han observado una actuación correcta y adecuada de los profesionales que atendieron a la paciente, no hay indicios que permitan vincular su fallecimiento con el funcionamiento del servicio público sanitario, por lo que la pretensión no puede ser acogida.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.