

Dictamen Núm. 189/2024

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretaria:
Vera Estrada, Paz de,
Letrada Adjunta a la Secretaría
General

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 31 de octubre de 2024, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 6 de agosto de 2024 -registrada de entrada el día 12 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su padre que atribuye a la deficiente asistencia recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 22 de noviembre de 2023, la interesada, que actúa en su propio nombre y en representación de su madre y hermano, presenta a través del Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su padre, que atribuye a una negligente actuación del servicio público sanitario.

Expone que el perjudicado acudió el día 11 de diciembre de 2023 (*sic*, en realidad 2022) al Servicio de Urgencias del Hospital “X” por un cuadro de

disnea, siendo diagnosticado de COVID-19, por lo que se decide su ingreso en planta. Relata que, pasadas ya las doce de la noche, su cónyuge recibe una llamada del hospital informando que su marido ha fallecido”.

La reclamante sostiene que hay una relación de causalidad entre el fallecimiento y el funcionamiento del servicio público sanitario, dado que “hay una omisión de sus obligaciones legales como profesionales sanitarios al servicio de la Administración Pública”. Al respecto, reseña que “en el (Real Decreto) 1030/2006, concretamente en su sección sexta, establece que uno de los objetivos de las actividades de (...) prevención es la prevención de caídas y otros accidentes”. Añade que “cuando los hechos se producen, el enfermo se encuentra sentado en la silla -así lo indica la enfermera en su informe- y de encontrarse el paciente en la cama y dado su estado físico, por sí mismo no hubiera podido levantarse, pues requería de ayuda para incorporarse y como se puede observar en las camas hay barrotes a ambos lados que dificultan que el paciente pueda caerse y salir por sí mismo (...). En cambio en la silla que dispone el centro hospitalario (...), la movilidad del paciente es considerablemente más amplia. Permitiendo que este pueda levantarse aunque sus facultades físicas estén mermadas (...). Si a todo ello añadimos que al paciente se encontraba en una situación física de ‘no orientado’ y por razones que no se han justificado se le adelanta el tratamiento de ciertos medicamentos que bien pudieran haber agravado su situación de desorientación y de no control en su persona, queda patente el actuar negligente del personal sanitario que en aquellas horas atendió a mi padre”.

De otro lado, considera que “tanto el ipratropio como el salbutamol se suministran de forma anticipada” destacando que “el paciente padecía cierta desorientación lo que un exceso de medicación bien hubiera podido haber incrementado ese estado en el paciente así como haberle generado posibles efectos secundarios”.

Finalmente, denuncia que “tanto la doctora como la enfermera, conscientes de la negligencia que se había producido han intentado tapar la

realidad de los hechos con unos informes clínicos falsos; una desvirtuando la realidad de los hechos y otra omitiendo lo realmente acontecido”.

Solicita una indemnización de doscientos diecisiete mil ciento veintiocho euros con cincuenta y cinco céntimos (217.128,55 €) “a favor de sus tres herederos, viuda y dos hijos”.

Por medio de otrosí propone como medios de prueba la documental que se adjunta al presente escrito, un audio de *WhatsApp* enviado por la viuda a su hija el día 11 de diciembre de 2023 y copia de las imágenes de las cámaras de seguridad ubicadas en la zona y alrededores en las que se hallaba el paciente.

Adjuntan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Diversa documentación médica relativa al proceso de referencia. b) Imágenes de una cama del Hospital “X”. c) Copia del documento nacional de identidad de la reclamante. d) Certificado de defunción. e) Copia del testamento notarial otorgado por el finado el 7 de abril de 1993. f) Copias del Libro de Familia.

2. Mediante oficio notificado a la interesada el 16 de enero de 2024 el Inspector de Prestaciones Sanitarias le advierte que “dispone de un plazo de 10 días para acreditar su legitimación para actuar en nombre de todos y cada uno de los integrantes de la comunidad hereditaria, por cualquier medio válido en derecho (...) con la advertencia de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistida en su reclamación”.

El día 23 de enero de 2024, la reclamante atiende al requerimiento y presenta un escrito por medio del cual solicita que se tengan por rectificados los párrafos de su reclamación en lo que se refiere a las fechas indicadas, precisando que “los hechos acaecidos se produjeron en el año 2022 y no, como se indicó erróneamente, en el año 2023.

Asimismo, aporta un poder general otorgado por su madre -viuda del finado- ante notario el 18 de enero de 2024 y copia de la inscripción de la aceptación del apoderamiento general en el Registro Electrónico de Apoderamientos emitido por su hermano, de fecha 19 de enero de 2024.

3. Mediante oficio de 5 de febrero de 2024, la Jefa de Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el nombramiento de instructora, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 23 de febrero de 2024 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente y un informe librado por el Director de la Unidad de Gestión de Medicina Interna del Hospital "X".

En este último se indica que "dada la situación basal, no ofrece ninguna duda sobre la no indicación de ingreso en UCI, al no tener criterios para medidas agresivas tipo intubación y ventilación mecánica u otro tipo de soporte avanzado, por lo que es ingresado en planta convencional con el adecuado aislamiento aéreo por la infección" de COVID-19. Por otra parte, el director dice no tener claro "por las notas, tanto (la) médica como de enfermería, la ubicación real del paciente cuando se detecta el fallecimiento: la nota médica se refiere al aseo (que puede significar el baño, o que fueron a asear y cambiar el dodotis al paciente y lo encontraron fallecido). Esto último es lo que parece más probable por la nota de enfermería (...) y dado el tiempo transcurrido hasta ahora (> 12 meses), alguno de los profesionales no los he conseguido localizar o no recuerdan ninguna incidencia reseñable". En cuanto a la falta de adopción de medidas de contención física, explica que "no estaba justificada dada la ausencia de signos de agitación (no referenciada en ningún momento ni en planta de hospitalización ni durante su estancia en Urgencias)".

5. A continuación, obra en el expediente un informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 9 de abril de 2024 por una especialista en Medicina Intensiva. En él formula una serie de consideraciones médicas sobre la infección por SARS-CoV-2 en el anciano y la

sepsis en el anciano pluripatológico. Tras analizar detalladamente la documentación aportada concluye que “desestimar el ingreso en UCI de un paciente anciano frágil y con amplia comorbilidad se considera prudente cuando los riesgos superan los posibles beneficios de la terapia intensiva, y cuando se considera que los tratamientos invasivos podrían no mejorar significativamente el pronóstico vital o la calidad de vida del paciente como en este caso”. En cuanto a que se encontró al paciente “en el aseo”, precisa que esta expresión “hace alusión al momento en el que se encuentra al paciente fallecido y no el lugar”. Añade que “el paciente falleció en su cama cumpliendo con la prescripción médica de reposo absoluto”. Por otra parte, señala que “el paciente estaba con claros signos de fallecimiento a su encuentro por el personal sanitario, la actividad eléctrica reflejada en el electrocardiograma es producto de la actividad residual generada por el marcapasos”.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 13 de junio de 2024, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 27 de junio de 2024, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que, en primer lugar, aclara que el paciente fue llevado en ambulancia al hospital, al que se desplazó su cónyuge en transporte público. Sin embargo, “dado que al paciente se le detecta que tiene COVID-19, se le indica a su cónyuge que siguiendo los protocolos del hospital, no puede estar en la habitación (...) por lo que (...) decide volverse a su casa hasta nuevo aviso”.

Por otra parte, manifiesta su oposición al informe pericial librado a instancias de la compañía aseguradora, que “evidencia una notable falta de objetividad” y reprocha que no haya contrastado la información con la parte reclamante.

También señala una aparente contradicción en las cifras de oxígeno del paciente, pues en el informe de enfermería emitido el 12-12-2022 a las 01:14 se indica que “a su primer paso el paciente tiene una saturación del 88 %, lo

que no se corresponde con el cuadro que se adjunta y que detalla el registro por horas de la saturación”.

Pone de manifiesto que, a tenor de la información obrante en la historia clínica, “el 11 de diciembre de 2022, a las 23:49 horas, se le administró al paciente una dosis de 1.000 mg de *paracetamol*”, destacando que el paciente fallece diez minutos después. Al respecto, destacan que “la administración rápida de un volumen significativo de líquido intravenoso (400 mL en 15 minutos) pudo haberle causado cambios en la presión arterial (...) causando confusión o comportamiento errático./ Alternativamente, es posible que debido a la infección por COVID-19 del paciente, se haya visto afectado su estado neurológico”. Insiste en que “el personal sanitario encuentra al paciente fallecido en el aseo”. Y manifiesta que “pretender que el término ‘aseos’ se refiere a una actividad realizada a esa hora es una obvia distorsión de la realidad y una tentativa de eludir responsabilidades”. Vuelve a subrayar que “el personal sanitario tardara casi quince minutos en percatarse de que no estaban recibiendo señales vitales del paciente” y considera que “esos casi quince minutos fueron cruciales y su inacción contribuyó al desenlace fatal”.

Finalmente, afirma que “no haber realizado la autopsia no hace más que general falta de transparencia y esta omisión bien puede interpretarse como un intento de ocultar algún hecho relevante”.

Adjunta a su escrito la norma funcional de la Unidad de hospitalización 9ª A (Neumología y Aislamiento Aéreo) del Hospital “X”, edición 01, de marzo de 2014 y la noticia publicada en un diario regional sobre la instalación de videocámaras de control en el interior del Hospital “X”.

7. Con fecha 9 de julio de 2024, la Instructora del procedimiento elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “la sistemática de actuación se ajusta a la praxis médica habitual y correcta en ausencia de criterios de ingreso en UCI, acreditada en la historia clínica, ya que el paciente no era subsidiario de reanimación cardiopulmonar ni otras medidas agresivas”. De otro lado, señala que “la expresión ‘en el aseo’ que consta en los

cursos clínicos evolutivos (...), hace referencia al momento de la ronda de enfermería destinada al cambio de pañal y aseo de los pacientes y no al cuarto de baño como lugar donde se hallaba el paciente y la expresión 'aparece tirado en el suelo', se refiere al pulsioxímetro, no al paciente, por lo que no cabe sospechar la existencia de un traumatismo sobreañadido al proceso clínico ya que por sí suficientemente grave como para provocar la muerte del paciente". En conclusión, considera que no se objetiva relación de causalidad alguna entre la asistencia sanitaria recibida y fallecimiento acaecido.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de agosto de 2024, 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 Salud, 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),

están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que viuda e hijos del perjudicado- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 22 de noviembre de 2023 y, constando en el expediente el fallecimiento del perjudicado el día 12 de diciembre de 2022, 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 en el que los interesados reclaman ser indemnizados por el fallecimiento de su familiar que imputan a la negligente actuación del servicio público sanitario durante el ingreso de aquel.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se pretende.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 49/2021), 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*.

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.

Este criterio opera no sólo 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, 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 defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos 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, 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, en el presente caso los reclamantes no desarrollan actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, nuestro pronunciamiento sólo puede sustentarse sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, todos ellos presentados por la Administración y su compañía aseguradora.

En el supuesto que analizamos, consta en la historia clínica remitida que el perjudicado, de 87 años, acude a última hora de la tarde del 11 de diciembre de 2022 al Servicio de Urgencias hospitalarias por disnea, refiriendo su cónyuge que en los días previos presentó empeoramiento del estado general, con tos y secreciones. Tras la exploración y pruebas oportunas se objetivó sepsis respiratoria con neumonía bilateral, insuficiencia respiratoria severa que precisa flujos altos de FiO2 así como datos de fallo multiorgánico con acidosis metabólica y sobredosificación de Sintrom. Tras la realización de una PCR de SARS-CoV-2 con resultado positivo se decide ingreso en planta de neumología para tratamiento y evolución. El paciente presentaba datos clínicos, analíticos y radiológicos de gravedad respondiendo inicialmente al tratamiento pautado evolucionando posteriormente de manera desfavorable, falleciendo durante la madrugada del día del ingreso.

Los reclamantes afirman que hay una relación de causalidad entre el fallecimiento y el funcionamiento del servicio público sanitario dado que “hay una omisión de sus obligaciones legales como profesionales sanitarios al servicio de la Administración pública”. Su imputación parte del hecho de que el paciente fue encontrado “en el aseo” del hospital durante la ronda de enfermería, fundándose para ello en la información obrante en la historia clínica del paciente. Así, en el informe elaborado tras el fallecimiento (folio 22) se indica lo siguiente: “avisar por exitus, que certifico. A primera hora del turno, consciente precisando reservorio para mantener saturación de 88 %. En el aseo se encuentran al paciente, sin reservorio y fallecido”. Los interesados advierten que “en el (Real Decreto) 1030/2006, concretamente en su sección sexta,

establece que uno de los objetivos de las actividades de promoción y prevención es la prevención de caídas y otros accidentes”. Añaden que “cuando los hechos se producen, el enfermo se encuentra sentado en la silla -así lo indica la enfermera en su informe- y de encontrarse el paciente en la cama y dado su estado físico, por sí mismo no hubiera podido levantarse, pues requería de ayuda para incorporarse y como se puede observar en las camas hay barrotes a ambos lados que dificultan que el paciente pueda caerse y salir por sí mismo (...). En cambio en la silla que dispone el centro hospitalario (...), la movilidad del paciente es considerablemente más amplia. Permitiendo que este pueda levantarse aunque sus facultades físicas estén mermadas”.

Sin embargo, el Director de la Unidad de Gestión de Medicina Interna plantea dudas sobre la interpretación que realiza la familia respecto a la ubicación del paciente en el momento del fallecimiento. Dice no tener claro “por las notas tanto médicas como de enfermería, la ubicación real del paciente cuando se detecta el fallecimiento: la nota médica se refiere al aseo (que puede significar el baño, o que fueron a asear y cambiar el dodotis al paciente y lo encontraron fallecido). Esto último es lo que parece más probable por la nota de enfermería (encuentran al paciente sin el reservorio, con el pulsioxímetro tirado en la silla y con apariencia de haberse intentado levantar) y dado el tiempo transcurrido hasta ahora (> 12 meses), alguno de los profesionales no los he conseguido localizar o no recuerdan ninguna incidencia reseñable”.

Por su parte, la especialista en Medicina Intensiva que informa por cuenta de la compañía aseguradora explica que “la familia entiende ‘el aseo’ como el lugar físico equivocadamente, cuando se trata de una determinación temporal: es la ronda del aseo, es decir, el momento en el que se pasa a las habitaciones para cambiar pañales, limpiar al paciente, hacer cambios posturales, etc. Este error es motivado por la ausencia de conocimiento de la jerga profesional de enfermería”. Refiere que al comienzo del turno de noche “el personal de enfermería realiza rondas de control para evaluar el estado de los pacientes, la primera suele iniciarse en torno a las 24 horas, donde se procede a verificar signos vitales, revisar la medicación prescrita y anticipar

posibles necesidades durante la noche”. Frente a ello insisten los reclamantes en que “a las 12 de la noche no se realizan procedimientos de aseo rutinarios en los pacientes”. Sin embargo, como se expone en la pericial de la aseguradora, “el cambio de pañales se realiza según las necesidades individuales de cada paciente”, estableciéndose “rondas regulares para realizar cambios de pañales generalmente cada 2-4 horas dependiendo de la condición del paciente y la presencia de incontinencia urinaria o fecal”. No resulta, pues, extraño, que durante la noche el personal de enfermería realice cambios de pañal, si procede, con independencia de que el personal sanitario se refiera a esta tarea con un término genérico como “aseo”.

Así las cosas, revisada la documentación obrante en el expediente, parece que la hipótesis más plausible es que, como sostiene la Administración sanitaria, durante la ronda nocturna de enfermería se encontrasen al paciente fallecido en su cama, no en el sillón ni en el aseo. Apoya esta teoría el hecho de que en las notas de enfermería (folio 24) se recoge lo siguiente: “se encuentran al paciente sin reservorio, con pulsioxímetro tirado de la silla, y con apariencia de haberse ‘intentado levantar’”. En ningún momento se indica que el paciente se haya levantado realmente, sino que parece que lo intentó, es decir, que pudo tener intención de hacerlo pero no lo consiguió. No hay otros indicios que sugieran que el paciente se hubiese levantado o desplazado por sí mismo hasta el servicio, lo que por otra parte parece altamente improbable, teniendo en cuenta la situación de fragilidad en la que se encontraba, máxime cuando además sufría una parálisis en la extremidad inferior derecha (página 36 de la historia clínica). Tampoco es cierto que en las notas de enfermería se indique que el paciente se encontraba en la silla; en su lugar se recoge que “se encuentran al paciente sin reservorio, con pulsioxímetro tirado de la silla” (página 31 de la historia clínica), haciendo referencia al dispositivo para monitorizar el nivel de oxígeno, no al paciente.

En todo caso debe significarse que, contrariamente a lo que afirman los reclamantes, en este paciente no existían criterios para haber empleado medidas de contención física, pues como explica el Director de la Unidad de

Medicina Interna, “no estaba(n) justificada(s) dada la ausencia de signos de agitación (no referenciada en ningún momento ni en planta de hospitalización ni durante su estancia en Urgencias)”. Por otra parte, comenta que en este caso tampoco hay constancia de que se ofertase un pase permanente para acompañar al paciente, que debía permanecer en reposo absoluto, si bien en el contexto de pandemia existente en la fecha del ingreso “se intentaba reducir en los casos de aislamiento por COVID-19 para reducir el riesgo de contagio”.

Respecto a si el paciente debió ingresar en la UCI en lugar de en la planta convencional, el Director de la Unidad de Medicina Interna asevera que no existía indicación de ingreso en UCI “al no tener criterios para medidas agresivas tipo intubación y ventilación mecánica u otro tipo de soporte avanzado, por lo que es ingresado en planta convencional con el adecuado aislamiento aéreo por la infección COVID-19 y habiéndose informado del pronóstico incierto los familiares”. Coincide en ello la especialista de la aseguradora quien, tras analizar detalladamente la documentación aportada, concluye que “desestimar el ingreso en UCI de un paciente anciano frágil y con amplia comorbilidad se considera prudente cuando los riesgos superan los posibles beneficios de la terapia intensiva, y cuando se considera que los tratamientos invasivos podrían no mejorar significativamente el pronóstico vital o la calidad de vida del paciente como en este caso”. Por tanto, a su juicio, “se indicó adecuadamente ingreso hospitalario en planta de hospitalización convencional” ya que “el ingreso en UCI dadas las características del paciente no estaba indicado”.

También alegan los interesados que el paciente sufrió “un golpe en la cabeza”, pero no hay constancia alguna en la historia clínica de que sufriera un traumatismo durante el ingreso hospitalario.

Siguiendo con su enumeración de irregularidades, los reclamantes exponen en su escrito que “los hechos se producen según los datos del electrocardiograma, entre las 0:00:30 y las 0:12:16, pudiéndose observar como a las 0:00:30 segundos figura actividad eléctrica del corazón y a las 0:12:16 el registro pasa a ser plano”, concluyendo que “el paciente estuvo tirado en el

suelo del baño del hospital durante 12 minutos hasta que fue atendido, pero para entonces ya había fallecido”. Frente a ello, en el informe pericial que aporta la Administración sanitaria se explica que en pacientes portadores de marcapasos “es muy normal que persista (...) un trazado eléctrico, que no traduce actividad cardíaca, solo el estímulo eléctrico que es lo que recoge el electrocardiograma: actividad eléctrica./ Ningún sentido tiene la conclusión de la familia de que el paciente estuvo tirado y desatendido durante 12 minutos”. Y añade que “el paciente estaba con claros signos de fallecimiento a su encuentro por el personal sanitario, la actividad eléctrica reflejada en el electrocardiograma es producto de la actividad residual generada por el marcapasos”.

En cuanto a la administración ipratropio y salbutamol, los reclamantes consideran que “se suministran de forma anticipada” destacando que “el paciente padecía cierta desorientación lo que un exceso de medicación bien hubiera podido haber incrementado ese estado en el paciente así como haberle generado posibles efectos secundarios”. Sin embargo, la especialista que informa por cuenta de la compañía aseguradora justifica el uso de los broncodilatadores, que “están ajustados en función de la valoración especializada médica”, subrayando que “en una fase aguda la frecuencia, dosis y cantidad de fármacos administrados no coinciden con la fase crónica o estable de un proceso./ La terapia era adecuada en forma y tiempo, así se desprende de la prescripción aportada, para el paciente con un proceso respiratorio agudo”.

También advierten los interesados una aparente contradicción en las cifras de oxígeno del paciente, pues en el informe de enfermería emitido el 12 de diciembre de 2022, a las 01:14, se indica que “a su primer paso el paciente tiene una saturación del 88 %, lo que no se corresponde con el cuadro que se adjunta y que detalla el registro por horas de la saturación”. Sin embargo, ello no implica que exista una contradicción en las cifras de oxígeno, sino que el paciente a su llegada a la planta presentaba una desaturación de oxígeno del 88 % que posteriormente se corrige con oxigenoterapia hasta alcanzar un nivel

del 91 %, registrándose este último valor por el personal de enfermería que realiza la ronda, dejándose constancia de todo ello en la historia del paciente (páginas 1 y 31 de la historia clínica).

Finalmente, denuncian que “tanto la doctora como la enfermera, conscientes de la negligencia que se había producido han intentado tapar la realidad de los hechos con unos informes clínicos falsos; una desvirtuando la realidad de los hechos y otra omitiendo lo realmente acontecido”. Al respecto, no procede que este Consejo realice valoración alguna al respecto, puesto que tales afirmaciones se hacen sin prueba alguna y, en todo caso, no se objetiva ninguna versión incompatible o contradictoria entre los informes librados por el personal de enfermería y el equipo médico sino que, como es lógico, tras el fallecimiento del paciente el facultativo responsable emite un informe para reflejar la evolución de aquel hasta el exitus.

Restaría indicar a la familia que, de haber considerado necesario la realización de la autopsia, deberían haber cursado esta petición al hospital o a la autoridad judicial competente, sin que la procedencia sobre su realización pueda ser objeto de este dictamen.

En definitiva, nos encontramos con un paciente de edad avanzada, con neumonía bilateral e infección por COVID-19 en situación de fracaso respiratorio y renal severos y acidosis metabólica secundaria, no susceptible de medidas agresivas por su situación basal y comorbilidades lo cual auguraba, como subraya el Director de la Unidad de Medicina Interna, “un muy mal pronóstico a corto plazo”. Se intentó tratamiento médico intensivo, falleciendo sin el aporte de oxígeno por auto retirada del reservorio, si bien esta circunstancia “poco tuvo que ver con el desenlace final” -advierde el director-, ante la gravedad del cuadro clínico que presentaba. Los informes médicos incorporados al expediente, detallados y rigurosos en su argumentación, permiten concluir que no se objetiva negligencia alguna en el proceso asistencial, pues la actuación del personal sanitario fue correcta y acorde a la *lex artis*, sin que los reclamantes hayan aportado prueba alguna que

sustente sus variadas imputaciones, todas ellas huérfanas de un elemental respaldo pericial que las avale.

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.