

Dictamen nº: **50/13**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **13.02.13**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 13 de febrero de 2013, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por A.V.J., R.V.J., J.C.V.J. y A.B.S.V. por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, R.S.A., que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Mediante escrito presentado el 4 de noviembre de 2011 a través de la Delegación Tributaria de Salamanca, Junta de Castilla y León y registrado de entrada en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid el día 10 de noviembre de 2011, los interesados cursan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración por el fallecimiento de su familiar, como consecuencia de una parada cardiorrespiratoria y tromboembolismo pulmonar y que atribuyen a una inadecuada atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre. Consideran que desde el ingreso del paciente en Urgencias, “*existían claros síntomas de que la infección presentada correspondía a una patología de sus arterias pulmonares y no un problema de miocardio*”.

Reprochan a la Administración que no se realizara un correcto estudio de la patología que presentaba el paciente y que se le diera el alta cuando los valores de la gasometría y las analíticas practicadas indicaban que “*estaba en peor estado del que había entrado*”.

A juicio de los reclamantes, tanto el error diagnóstico como el error médico coartaron la oportunidad terapéutica del enfermo “*impidiendo que desde su ingreso se hubiera intentado atajar la verdadera afección que presentaba*” y que ocasionó su muerte o en el “*caso de que hubiera estado ingresado podría habersele atendido a tiempo*”.

Reprochan que no se tuvieran en cuenta determinados parámetros analíticos.

Así que los altos niveles de creatinina cinasa (CK) ya indicaban una necrosis en otro órgano de origen no miocárdico.

Dichos niveles de CK (34-171 es el rango normal) fueron de 241, 393 y 608 U/L, el 14 de enero a las 20:16 h., 15 de enero a las 5:56 h. y 11:14 h. respectivamente. Consideran los reclamantes que dado que el valor de CK-MB, propio de necrosis de miocardio era normal se tenía que haber tenido en cuenta el alto valor de CK que indicaba otra patología.

Consideran que ello debió conducir a la sospecha de un tromboembolismo pulmonar, dado que, además de lo anterior la radiografía de tórax presentó “*un posible aumento de las venas pulmonares*”.

Además recogen que la gasometría al alta hospitalaria presentaba muchos valores anormales, así como la coagulación, que presentaba una TTpa 24.6 cuando los valores normales se encuentran entre 28 y 38.

Con base en todo ello reprochan que desde el ingreso existían claros síntomas de patología en arterias pulmonares, que el diagnóstico de faringoamigdalitis fue incorrecto, así como que se le dio de alta con muchos

niveles anormales, lo que, todo ello, contribuyó a que no fuera tratado del tromboembolismo pulmonar que resultó ser la causa del fallecimiento al día siguiente.

Solicitan por todo ello una indemnización de ciento diecinueve mil setecientos treinta y un euros y trece céntimos (119.731,13 euros).

Aportan diversos documentos clínicos, certificado de la empresa municipal de Servicios Funerarios de Madrid y un informe médico-pericial.

Posteriormente, presentan la historia clínica del paciente y a requerimiento de la Administración y con el fin de acreditar la condición de interesados, copia del Libro de Familia.

**SEGUNDO.-** La historia clínica y restante documentación médica, han puesto de manifiesto los siguientes hechos:

El paciente, de sesenta y seis años de edad en el momento de los hechos, presenta los siguientes antecedentes: exfumador, con hábito enólico moderado y antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabético oral, angioplastia transfemoral en miembro inferior izquierdo por isquemia crónica de grado IV el 24 de noviembre de 2010 y desviación de comisura bucal desde hace cincuenta años tras una intervención auditiva.

Acude a las 20:16 horas del día 14 de enero de 2011 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, por fatiga, dolor de tipo opresivo centrotorácico desde hace cuatro o cinco días sin irradiación ni cortejo vegetativo con discreto aumento del dolor a la deambulación en relación según manifiesta el paciente por cuadro catarral además de tos, rinorrea y expectoración marronácea, está afebril y niega disnea paroxística nocturna.

Al ingreso presenta tensión arterial de 149/72, frecuencia cardiaca 90 y 38,9º C de temperatura. La radiografía de tórax que se practicó indica “*Sin hallazgos patológicos, posible aumento de venas pulmonares*”.

En el control correspondiente a las 1:14 horas del día 15 de enero la tensión arterial es de 119/61 mmHg y la frecuencia cardiaca de 90, no presenta sintomatología opresiva centrotorácica ni alteraciones en el perfil cardiaco. Con el juicio clínico de dolor centrotorácico inespecífico con alteraciones en ECG (electrocardiograma) y síndrome febril en relación con infección respiratoria de las vías altas, se decide mantener al paciente en observación para repetir el perfil cardiaco en unas horas y proceder a una evaluación posterior (folio 166).

El paciente permanece en observación y durante su ingreso se realizan diversos controles de perfil cardiaco, analíticas de control y gasometrías arteriales entre otros procedimientos.

Es visto a las 5:56 h. En las observaciones correspondientes al control de las 6:26 h. figura: “*Segundo control de perfil cardiaco presenta elevación de CK mas no variaciones de troponina ni CK-MB, características electrocardiográficas sin variación con relación a controles. Paciente de momento asintomático*”. Continúan los controles a las 7:28 h. y a las 7:44 h.

A las 11:14 h. el paciente se encuentra sin fiebre ni sensación diatérmica, asintomático.

Las anotaciones realizadas a las 13:05 h. indican que reexplorado, el paciente presenta buen estado general y faringoamigdalitis, lo que puede explicar el cuadro de tos y sensación disneaica.

No se ha objetivado consolidación a nivel pulmonar en la radiografía de tórax y la gasometría arterial es normal. Cardiológicamente presenta un

soplo sistólico mitral no conocido y no ha presentado elevación de enzimas cardíacas ni cambios en el electroencefalograma. El enfermo refiere que la sensación opresiva torácica es en relación a los ataques de tos.

Con el juicio clínico de faringoamigdalitis e infección respiratoria de vías altas, soplo sistólico mitral y cambios electrocardiográficos no reconocidos, sin alteración enzimática, recibe el alta a las 14:00 h. del 15 de enero de 2011. Se le pauta tratamiento farmacológico, abundante hidratación, control por su médico de atención primaria, pedir cita en Cardiología y si empeora o presenta nueva sintomatología volver a Urgencias.

El 16 de enero de 2011, a las 20:53 h., el paciente vuelve al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre por presentar de forma brusca hipotensión arterial, bajo nivel de conciencia, hipoperfusión periférica y parada cardiorrespiratoria. Es trasladado al box vital de urgencias, donde se objetiva disociación electro-mecánica electrocardiográficamente, bloqueo de rama derecha no conocido previamente y dilatación del ventrículo derecho en ecocardiograma. Se realizan maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada pero el paciente no responde, falleciendo poco después, según la anotación del facultativo por parada cardiorrespiratoria no recuperada por probable tromboembolismo pulmonar.

**TERCERO.-** Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del fallecido y se ha recabado el informe del coordinador del Servicio de Urgencias del centro hospitalario, que por escrito de 29 de diciembre de 2011 manifiesta (folios 238 y 239):

*"El diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) se establece sobre a base de síntomas y signos iniciales y junto con la integración adecuada de la historia clínica y las pruebas complementarias. La presentación clínica del TEP puede variar ampliamente de un paciente a otro.*

*Según el Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre 6<sup>a</sup> edición. Existen varios factores de riesgo como son: cirugía previa, inmovilización, trombofilia, anticonceptivos orales, neoplasia, viajes prolongados etc., que pueden predisponer al TEP. La sospecha clínica es por síntomas inespecíficos siendo el más frecuente la disnea.*

*Dentro de los estudios básicos a realizar:*

- *Electrocardiograma (ECG): con sobrecarga del ventrículo derecho ( $S_1Q_3T_3$ ) o inversión de la onda T de  $V_1$  a  $V_3$  o bloqueo de rama derecha.*
  - *La radiografía de Tórax: es bastante inespecífica, aunque el hallazgo más frecuente es la presencia de una atelactasia laminar, derrame pleural o elevación del hemidiafragma.*
  - *Gasometría arterial basal (GAB): la hipoxemia arterial está presente en el 80% de los casos y en un 50% tienen hipocapnia.*
- (...) acude al Servicio de Urgencias el día 14 de enero de 2011.*

- *No figura en sus antecedentes personales factores de riesgo que orienten a un TEP.*
- *Los síntomas que el paciente refiere están en relación con una infección respiratoria de vías altas: tos, rinorrea, expectoración marronácea, dolor torácico sin disnea.*
- *El ECG, no refleja imágenes de sobrecarga derecha, ni  $S_1Q_3T_3$  ni T negativas de  $V_1-V_3$ , o bloqueo de rama derecha.*
- *En la RX de Tórax, no se observa atelactasia laminar, derramo pleural o elevación del hemidiagrama.*
- *En la gasometría arterial basal, no hay hipoxemia ( $pO_2 = 82$  mmHg), ni hipocapnia ( $pC O_2 = 35,2$ ).*

*Motivos todos ellos que no llevaron a una sospecha clínica de TEP, por lo que no se realizó la estratificación pretest con la escala de Wells, ni otras pruebas complementarias en relación a esta sospecha diagnóstica como son dímeros D, TAC torácico o gammagrafía pulmonar ventilación/perfusión”.*

El informe de la Inspección Sanitaria emitido con fecha 21 de marzo de 2012 (folios 241 a 245) señala esencialmente que:

*“El tromboembolismo pulmonar se suele sospechar si se da:*

- *Trastornos de la coagulación que en este caso no se dieron.*
- *Cirugía previa o inmovilización que en este caso tampoco se dio.*
- *No tenía tampoco ninguna neoplasia que a veces debutan con estos cuadros, por tanto el paciente no tenía antecedentes personales que hicieran sospechar la enfermedad.*

- En la exploración tampoco se encontró bloqueo de rama derecha y taquicardia que es típico de estos casos y en el ECG siendo lo indicativo la inversión de la t de  $v_1$  a  $v_3$ , en ese caso se dio en otras derivaciones (de  $v_5$  a  $v_6$ ).

Los datos de la historia no hacían prever que el paciente padeciera un trombo embolismo pulmonar en su primera visita a urgencias, pero si fueron sugerentes en la segunda y fugaz segunda visita que terminó con el *Exitus del paciente*".

El informe establece como conclusión:

"1º Se trata de un hecho desgraciado en que se ha producido aparentemente, un error diagnostico de un paciente que presentó posiblemente un tromboembolismo pulmonar que no fue diagnosticado en su visita a urgencias del día anterior 14 de enero de 2011 a las 20 horas saliendo de alta a las 14 horas del día siguiente 15 de enero y a donde volvió ese mismo día 15 de enero de 2011 a las 20 horas y falleció a los 15 minutos de su ingreso.

2º Los síntomas que el paciente presentó en su primera visita a urgencias 14 de enero de 2011 no eran sugerentes de trombo embolismo pulmonar, por lo que en base a los antecedentes del paciente los médicos se decantaron por buscar lesión cardiaca y le dejaron en observación casi 24 horas desde las 20 horas del día 14 a las 14 horas del día 15.

3º Si se hubiera sospechado la existencia de tromboembolismo pulmonar en su primera visita a urgencias el día 14 de enero de 2011 se deberían haber realizado dímeros y TAC toraco helicoidal, que lo hubieran diagnosticado pero lo atípico de la clínica no llevó a sospechar del tromboembolismo.

4º Tampoco se hicieron en la segunda visita que acudió a urgencias el día 15 a las 20 horas pues no dio tiempo por lo que no tenemos constancia de que falleció por esa patología, solamente la clínica de algunos datos de esa segunda visita sugirieron ese diagnóstico como fue presentar en ese momento de formas brusca hipotensión arterial, bajo nivel de conciencia, bloqueo de rama derecha y dilatación de ventrículo derecho lo que si es sugerente en ese momento de un probable tromboembolismo pulmonar tal como se anotó en el informe de alta por *Exitus* (Pág. 2 del archivo 3) firmado el día 16 de Enero a las 0.33 horas.

5º No consta que se hizo entre las 20 horas del día 15 (segunda llegada a urgencias) y las 0.33 horas del día 16 de enero en el que se firma el informe de alta. En la reclamación se dice (pagina 6 archivo 1) que el paciente falleció a los 15 minutos del ingreso en urgencias y la diferencia de horas puede ser por tardanza en la elaboración del informe.

6º Tampoco nos consta que se hizo la necropsia por lo que no hay constancia de que falleciera de un tromboembolismo pulmonar aunque es probable que fuera por esa patología tal como indica, como probable el informe de alta por *Exitus* del día 16 (Pág. 2 del archivo 3).

7º En la reclamación existen algunas inexactitudes como es que se resalta el valor de la elevación del CK que es un indicador de necrosis muscular sin relación con el tromboembolismo pulmonar, o confundir y comparar una primera gasometría arterial y una segunda venosa, cuando son cosas muy diferentes.

Por todo lo anterior y tras lamentar la muerte de este paciente y pese a sospechar que el paciente falleció de un probable tromboembolismo

*pulmonar que muy probablemente se hubiera detectado el día 15 ( posible error diagnostico) si hubieran existido signos de sospechas que hubieran llevado a hacer las pruebas para descartar ese proceso, no hemos encontrado signos de mala praxis en los profesionales que lo atendieron en la visita a urgencias entre las 20 horas del día 14 de enero y las 14 horas del día 15 de enero cuando sometieron según su criterio a las pruebas diagnosticas conforme a los síntomas que presentaba el paciente y que fueron muy diferentes a los de su segunda visita a urgencias”.*

En aplicación de lo dispuesto en los artículos 84 LRJ-PAC y 11 RPRP, por escrito de 2 de octubre de 2009, notificado el 28 de octubre, se ha remitido el expediente y comunicado la apertura del trámite de audiencia, sin que conste que se hayan presentado alegaciones.

El 17 de diciembre de 2012 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria.

**CUARTO.-** En este estado del procedimiento y mediante Orden del consejero de Sanidad, de 14 de enero de 2013 que ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el día 21 del mismo mes y número de expediente 26/13, por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VII, presidida por la Excmo. Sra. Dña. María José Campos Bucé, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 13 de febrero de 2013.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación, en soporte CD, que se consideró suficiente y de la que se ha dejado constancia en los anteriores antecedentes de hecho.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

## CONSIDERACIONES DE DERECHO

**PRIMERA.-** La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (en adelante LCC), por ser la cuantía de la indemnización superior a quince mil euros, y se efectúa por el consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

**SEGUNDA.-** Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesados, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, desarrollados en el RPRP.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que sufren el daño moral causado por el fallecimiento de su familiar.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, al encontrarse el Hospital Universitario 12 de Octubre, al que se imputa la supuesta deficiencia sanitaria, integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, y a tal efecto dispone el artículo 142.5 de la LRJ-

PAC “el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motiva 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 determinación del alcance de las secuelas”. En el caso objeto del presente dictamen, el fallecimiento se produjo el 15 de enero de 2011, por lo que la reclamación presentada el 4 de noviembre de 2011, con entrada en la Consejería de Sanidad el 10 de noviembre del mismo año, ha de considerarse presentada en plazo.

**TERCERA.-** El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación mencionada en la anterior consideración. Especialmente, se ha procedido a la práctica de la prueba que se ha considerado necesaria, se ha recabado informe del servicio cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia exigido en los artículos 9, 10 y 11 del Real Decreto 429/1993, respectivamente, y 82 y 84 LRJ-PAC. Igualmente se ha aportado informe del Servicio de Inspección Sanitaria.

Por otra parte, se ha sobrepasado el plazo de seis meses que para la resolución y notificación del procedimiento estatuye el artículo 13 del RPRP en relación con el artículo 42 LRJ-PAC. No obstante, el exceso en el plazo previsto no dispensa al órgano administrativo peticionario del dictamen de la obligación de resolver (artículo 43.1 de la LRJ-PAC) ni, en consecuencia, a este Consejo Consultivo de informar la consulta.

**CUARTA.-** La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: “*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*”. La regulación legal de esta responsabilidad está

contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

- “1.- 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.*
- 2.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económico e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.*

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económico e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es

imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

**QUINTA.-** En el caso que nos ocupa queda acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica. No habiéndose reclamado ni acreditado la dependencia económica de los reclamantes respecto del finado, el daño se circunscribe al estrictamente moral.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de este servicio público, introduciéndose por la doctrina y jurisprudencia el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, exigiéndose para determinar la responsabilidad la existencia no solo de la lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario la de prestar la debida asistencia sin que pueda garantizar en todo caso, la curación del enfermo.

Así, «en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la

*Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, solo en el caso de que se produzca una infracción de dicha “lex artis” respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado» (Sentencia del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4<sup>a</sup>, de 20 de julio de 2011, recurso de casación num. 4037/2006).*

En el mismo sentido, el Tribunal Supremo ha declarado que, en esta materia, la responsabilidad viene dada por el carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando “*no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario*” (vid. SSTS de 14 de diciembre de 1990, 5 y 8 de febrero de 1991, 10 de mayo y 27 de noviembre de 1993, 9 de marzo de 1998, y 10 de octubre de 2000), a lo que hay que añadir que “*la violación de la lex artis es imprescindible para decretar la responsabilidad de la Administración, no siendo suficiente la relación de causa efecto entre la actividad médica y el resultado dañoso, pues el perjuicio acaecido, pese al correcto empleo de la lex artis, implica que el mismo no se ha podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica*”.

Esta misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencia de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000), señala “*lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis*”.

**SEXTA.-** Sentado lo anterior debe procederse al examen de los hechos para determinar si en el presente caso se actuó o no conforme a la *lex artis*,

ya que el daño se encuentra acreditado al constituirse como tal el fallecimiento del paciente.

La reclamación se centra en la atención que recibió desde su ingreso en el Servicio de Urgencias el día 14 de enero a las 20:16 horas hasta su alta al día siguiente a las 14:00 horas.

Los reclamantes censuran que, dado el cuadro que presentaba el paciente y su evolución durante su estancia en el Servicio de Urgencias, debió detectarse el tromboembolismo pulmonar que se consideró posteriormente causa del fallecimiento.

Sin embargo los informes médicos del Servicio de Urgencias y de la Inspección Sanitaria ponen de manifiesto diversas circunstancias.

En primer lugar que el paciente no presentaba ni antecedentes ni sintomatología inicial que pudiera hacer sospechar la existencia de una lesión pulmonar de aquel tipo, ya de por sí de complejo diagnóstico, sino que dichos síntomas estaban en relación con una infección respiratoria de vías altas. También que el finado estuvo casi 24 horas en observación desde su ingreso en urgencias, con diversas analíticas y controles.

Además la valoración de la evolución de los síntomas y de la analítica que realiza el informe de inspección sanitaria no se corresponde con la alegación de los reclamantes sobre claros indicios de la complicación pulmonar ni con las conclusiones del informe pericial que acompañan.

En este sentido resulta cierto que dados los antecedentes del paciente las pruebas se centraron en descartar lesiones de miocardio, que no arrojaron anomalías. Sin embargo aunque existió disnea y dolor torácico no existían los demás indicios de sospecha de tromboembolismo pulmonar.

De este modo los informes médicos ponen de manifiesto que no existía trastorno de coagulación, ni cirugía previa o inmovilización, ni neoplasia

que indicasen complicaciones pulmonares. Tampoco febrícula típica de estos casos, sino fiebre, por lo que se pensó en una infección respiratoria. Además el ECG no reflejó imágenes de sobrecarga derecha, o bloqueo de rama derecha, y la RX de tórax no se observa atelactasia laminar, derramo pleural o elevación del hemidiagrama.

Por otra parte la inspección sanitaria pone de manifiesto que los altos valores de CK son indicativos de necrosis muscular, pero no tienen relación con la existencia de un tromboembolismo pulmonar, como afirman con rotundidad y amplitud los reclamantes, que consideran este dato como esencial en su reclamación.

El mismo informe añade además que la alteración del resultado de la gasometría, que también alegan los interesados es errónea, y expresa que: “*En la reclamación se confunden y mezclan la gasometría arterial y la venosa, cuyos significados son muy diferentes pues la primera gasometría arterial que se hace es de 85 y esta bien, en la segunda, que pese a ser una gasometría venosa la tratan en la reclamación como arterial la po2 esta por debajo de 60*”.

En adición a ello en el informe de alta de 15 de enero se recoge que “*no se ha objetivado consolidación a nivel pulmonar en la Rx de tórax y la gasometría arterial es normal*”.

En definitiva no puede considerarse la existencia de una mala praxis por la falta de realización de determinadas pruebas que probablemente hubieran podido detectar el tromboembolismo que posteriormente se recogió como causa de la muerte porque, como dice la inspección médica “*no ser sugerentes con la clínica que el paciente presentaba*”.

De ello por tanto no debe derivarse responsabilidad administrativa pues en palabras de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2011 (Recurso 771/2008) «*la medicina no es una ciencia*

*exacta y, a “posteriori” es fácil diagnosticar y aventurar una posible actuación médica».*

A ello se añade que la realización de pruebas diagnósticas debe realizarse en función de criterios clínicos, pues entender lo contrario sería tanto como convertir la práctica médica en un aluvión de pruebas y estudios, por si acaso en alguno se detecta algo que a priori no se sospecha, dando lugar a lo que se ha denominado “*medicina defensiva*”, entendiendo la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de marzo de 2010 (recurso 731/2008), que dicha actuación médica mediante la “*solicitud indiscriminada de batería de pruebas diagnósticas*” ha de calificarse como “*ineficiente e insensata*”.

En conclusión debe considerarse que a pesar de la posible falta de detección del trombo embolismo pulmonar, los Servicios de Urgencias actuaron conforme a la *lex artis*, mantuvieron al paciente en observación casi 24 horas e interpretaron los resultados de las distintas analíticas conforme los síntomas del paciente, que no evidenciaban, según la práctica médica, lo que luego resultó ser la causa probable del fallecimiento.

En mérito a cuanto antecede, este Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial debe ser desestimada por no concurrir infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada al paciente.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 13 de febrero de 2013

