

Expediente Núm. 256/2011
Dictamen Núm. 316/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 27 de octubre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 5 de octubre de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida por su esposo y padre en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 18 de marzo de 2010, la esposa y la hija del perjudicado presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria recibida por este en el Hospital de “X”, que provocó su fallecimiento.

Inician su escrito refiriendo que el perjudicado, de 80 años de edad, acude a finales de julio de 2009 “a consulta ambulatoria con molestias en la base

de la boca”, desde donde le derivan “a la consulta de Maxilofacial del Hospital X”.

En dicho hospital le realizan una biopsia y, el día 24 de julio, le comunican el diagnóstico de “carcinoma epidermoide en suelo oral”; la facultativa fija la intervención quirúrgica en la que le extirparán “el tumor y los ganglios del cuello” para el día 12 de agosto y “le entrega el consentimiento informado de cirugía de tumores de cabeza y cuello”. El paciente, “sin información de otra alternativa”, firma el consentimiento ese mismo día. El día 30 de julio le hacen un escáner cuyo resultado, afirman las reclamantes, no se comunica a la familia, que no lo conocerá hasta “después del fallecimiento”. Dicho resultado indica que “el tumor es de 15 mm, que no se aprecian afectaciones y que está en estadio I”; circunstancias que no pudieron ser tenidas en cuenta por la facultativa que el día 24 de julio ya había decidido la fecha de la intervención quirúrgica.

Expone que la citada intervención se practica el día 12 de agosto de 2009, tras la cual el paciente es trasladado “a la planta de Traumatología”, sin recibir asistencia de médicos de guardia de Cirugía Maxilofacial, a pesar de su agitación y sus dificultades para respirar, y añaden que, aunque “el personal de la planta intenta cooperar (...), era notorio su desconocimiento en estos casos”. El 14 de agosto es visitado por la facultativa de Cirugía Maxilofacial, que le retira “la venda que tenía colocada en el cuello”, y el paciente “comienza a respirar sin dificultad, disminuye el ruido causado por la respiración y recupera el color de la piel”, informándose a la familia de que “no había señales de hemorragia y que estaba bien”. Sin embargo, el mismo día “por la mañana” el paciente presenta “un cuadro momentáneo de inconsciencia”, le hacen un ECG y le diagnostican “isquemia coronaria severa”, volviendo a repetirse ese mismo día por la tarde un “segundo cuadro de inconsciencia”, sin que “tres horas más tarde” hubiera recibido “asistencia médica y sin conocer el resultado del segundo electro”. Añaden que “después de las dos isquemias sufridas el cardiólogo” les informó “que padecía una estrechez en la aorta y que la medicación indicada en estos casos era incompatible para un paciente operado de maxilofacial, pues podría provocarle una hemorragia” y decide trasladarlo a la planta de Cardiología “para

que estuviera controlado y monitorizado". A las cuatro de la madrugada del día 15 de agosto "se puso muy agitado (...), vino una enfermera y dijo que le iba a poner algo para el dolor de cabeza porque la medicación que estaba tomando producía ese efecto. Aunque el enfermo insistió en que no le dolía la cabeza (...), le suministró medicación", tras lo cual el paciente falleció.

Consideran las reclamantes que los facultativos de Cirugía Maxilofacial "no se tomaron el tiempo necesario para dar la información al paciente y a sus familiares de su diagnóstico y así darles alternativas y la posibilidad de elección", teniendo en cuenta que "el tumor era de menos de 2 cm (...), no había indicios de metástasis y (...) estaba en estadio I", y decidieron "someterlo a un vaciamiento cervical sin tener en cuenta su mal estado general", pues "su salud estaba muy debilitada por el tratamiento continuado durante años de un cáncer de próstata y por su edad (...), ignorando los medios de diagnóstico" y ofreciendo a la firma del paciente "el consentimiento informado" antes de "tener todos los resultados", a lo que se añade la deficiente atención que el perjudicado soportó durante el posoperatorio, lo que "agravó su estado", toda vez que el cirujano de Maxilofacial "no estaba de guardia y no fue avisado" y el personal de "enfermería de la planta de Traumatología carecía de los mínimos conocimientos especializados para estos casos y no llamaron al médico". En ningún momento se planteó la posibilidad de que el paciente fuera derivado para ser "operado en un centro que le pudiera ofrecer una atención de calidad (...), que le hubiera evitado los daños que le ocasionaron y que agravaron su estado hasta provocar su fallecimiento", ya que ni el paciente ni su familia fueron informados de que "el Hospital `X` carece de Servicio de Cirugía Maxilofacial con personal preparado (...), reduciendo sus posibilidades de supervivencia ante cualquier complicación".

Por último, afirman que el informe emitido tras el fallecimiento del perjudicado "no especifica la causa" del mismo y contiene imprecisiones y errores, pues dice que "el paciente permanece asintomático", a pesar de que "durante los días 13 y 14" de agosto padeció "taquicardias, sudores, imposibilidad de respirar, ojos desorbitados, falta de color en la piel, hinchazón

del abdomen, intranquilidad, 48 horas sin dormir” que fueron comunicados “en todo momento al control y que nadie atendió”.

Solicitan una indemnización por importe de ciento treinta mil euros (130.000 €) y que se incorpore la historia clínica del paciente al expediente.

2. Mediante escrito de 25 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a las reclamantes la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, las requiere para que en el plazo “de diez días, contados a partir del siguiente al de recepción de la presente notificación”, acrediten “su condición de viuda e hija del perjudicado”.

3. Con fecha 30 de marzo de 2010, un Inspector de Prestaciones Sanitarias del Servicio instructor solicita al Gerente del Hospital “X” una copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe de los Servicios de Cirugía Maxilofacial y de Cardiología.

4. Consta en el expediente una copia de los documentos nacionales de identidad de las reclamantes, del Libro de Familia y certificación literal de defunción del perjudicado.

5. Con fecha 9 de abril de 2010, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente.

6. El día 14 de abril de 2010, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia del informe del Servicio de Cardiología.

En él, emitido el 13 de abril de 2010, el Jefe del Servicio refiere que “con fecha 12-08-09 (el perjudicado) es intervenido por el Servicio de Cirugía Maxilofacial (...). Con fecha 14-08-09, sobre las 13:20 horas, el paciente presenta un episodio de pérdida de conciencia transitoria, motivo por el que es

visto por el Servicio de Cirugía Maxilofacial, que (...) solicita consulta urgente a Cardiología./ El paciente no había presentado dolor precordial en ningún momento y se encontraba hemodinámicamente estable pero el ECG evidencia una isquemia subepicárdica anterior no presente en el ECG preoperatorio, motivo por el que es diagnosticado de SCASEST de alto riesgo. Al tratarse de un paciente mayor, con una operación reciente (...), dentro de las posibles alternativas terapéuticas se descarta la más agresiva de realización de coronariografía urgente para revascularización percutánea, ya que esta exigiría un tto. antiagregante muy agresivo, absolutamente contraindicado por una cirugía maxilofacial tan reciente. Se decide por lo tanto tto. conservador con betabloqueantes, antiagregantes, perfusión de nitroglicerina iv y monitorización con telemetría./ A las 17:00 horas se realiza de forma programada extracción analítica urgente para valoración de marcadores miocárdicos y evolución del ECG. La troponina I en ese momento presentaba un valor de 4,70, lo que confirma el daño miocárdico y el diagnóstico inicial de SCASEST, no presentando nuevas alteraciones ni modificaciones del ECG previo./ De las anotaciones de la enfermería de planta de hospitalización no hay evidencia de nuevo episodio cardiológico ni de inestabilidad o alteraciones hemodinámicas del paciente. El paciente es visitado a lo largo de la tarde por el cardiólogo de (...) guardia, que (...) informa a la familia de forma detallada de las causas del síndrome coronario y de su pronóstico./ El traslado a la planta de Cardiología se realiza para garantizar un control mejor del paciente (...). Sobre las 00:00 horas del día 15, el cardiólogo de guardia es informado verbalmente por la enfermería de planta de hospitalización de Cardiología de que el paciente continúa estable y asintomático y sobre las 4:00 h presenta de forma súbita, sin evidencia de inestabilidad hemodinámica ni ningún tipo de arritmia previo en la telemetría, un cuadro de asistolia precedido de vómitos en posos de café”.

Concluye el informe que se trata de “un paciente mayor (...), con una cirugía de cáncer reciente que presenta un SCASEST que de por sí tiene una mortalidad hospitalaria entre un 5 y un 10% (...), que presenta un cuadro de muerte súbita sin arritmias previas, que aunque pudiera estar en relación con su

patología coronaria no se descartan otras causas, como sangrado digestivo./ Se solicitó a la familia autorización para (...) autopsia, que fue denegada”.

7. Con fecha 16 de abril de 2010, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia del informe del Servicio de Cirugía Maxilofacial, de 14 de abril de 2010.

En él se refiere que el paciente “acudió el 14 de julio a (...) consultas externas de Cirugía Maxilofacial para valoración y tratamiento de una lesión en suelo oral derecho (...). Se realizó de manera inmediata una biopsia (...). La palpación cervical no reveló la presencia de adenomegalias (...). El estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de un carcinoma epidermoide bien diferenciado infiltrante. Se solicitaron todos los estudios preoperatorios, así como una tomografía computarizada (TC) cervical preferente./ Se informó a la familia de que el tratamiento, de no mostrar el TC cervical adenopatías metastásicas, sería la exéresis de la tumoración y vaciamiento cervical supraomohiideo profiláctico; tratamiento considerado el habitual para hacer frente a este tipo de carcinomas en estadios en los que no existen adenopatías metastásicas cervicales. Este tratamiento es el mínimo gesto quirúrgico aplicable a este tipo de lesiones. Se explicaron los riesgos y se entregó el consentimiento informado propuesto y validado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, que fue firmado por el paciente (...). El TC cervical realizado el 30 de julio no mostró la presencia de adenomegalias en rango patológico, descartando asimismo afectación mandibular. El tumor fue estadiado definitivamente como estadio I, manteniéndose el tratamiento planificado inicialmente (...). Antes de ser sometido a la cirugía el paciente y toda su analítica y pruebas sistémicas fueron evaluadas por un especialista en Anestesiología, quien no objetivó contraindicación para la realización de la intervención./ El día 12 de agosto se realizó la intervención (...) sin complicaciones. El paciente fue evaluado diariamente, siendo su evolución locorregional favorable.

Añade que “el número de teléfono personal del cirujano constaba como número de referencia en las órdenes médicas desde su ingreso” y que el

personal sabe que “los facultativos de este Servicio están disponibles durante el ingreso de sus pacientes, siendo práctica habitual ante cualquier urgencia relacionada con los pacientes ingresados ponerse en contacto con el cirujano (...) en cualquier momento del día o de la noche./ El día 14 de agosto, en torno a las 13:30 horas, el supervisor de la planta avisa porque el enfermo había sufrido una pérdida de conocimiento. Se acudió de manera inmediata a evaluar al paciente, que ya se había recuperado y se hallaba totalmente consciente, orientado y colaborador, sin referir dolor ni sintomatología alguna. En todo caso, y al objeto de diagnosticar el origen de su pérdida de conciencia, se realizó de manera inmediata un electrocardiograma, que fue valorado en el mismo momento por el Servicio de Cardiología. El cardiólogo de guardia diagnosticó, de forma inmediata, un accidente coronario agudo. En este momento el paciente continuaba asintomático. Por parte del especialista en Cardiología (se) consideró oportuno el traslado a su planta de hospitalización en cuanto fuera posible (...). El sábado 15 de agosto acudí a evaluar el estado del paciente en torno a las 9:30 horas y el cardiólogo de guardia me comunicó que (...) había fallecido de madrugada”.

8. El día 22 de abril de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él sostiene que “son inciertas las razones en las que las actantes fundamentan su reclamación, pues la información suministrada al perjudicado y a su familia fue completa. porque no existían alternativas terapéuticas para un tumor en estadio I distintas a la adoptada (...); porque la decisión de operar se tomó a sabiendas del estado del paciente y conociendo que no había ninguna causa que lo contraindicase y porque se adoptó teniendo en cuenta los resultados de todos los estudios practicados, incluido el escáner cervical; porque el personal de enfermería está familiarizado en la atención de este tipo de enfermos y la facultativa responsable, aunque no realiza guardias de presencia física, está localizada de forma permanente para acudir al hospital ante cualquier incidencia que pueda presentarse; porque no hubo falta o déficit asistencial en ningún

momento, ni descontrol en la administración de la medicación; porque de ningún modo se ignoraron las quejas del paciente, consignándose en la historia la existencia de estridor respiratorio, no así supuestas alteraciones del ritmo, que en ningún momento (...) sufrió; porque la medicación administrada momentos antes del fallecimiento no era para el dolor de cabeza, sino que se trataba de un vasodilatador coronario pautado en órdenes médicas; y, finalmente, porque no se ha acreditado documentalmente la existencia de un segundo episodio de isquemia”.

Considera que “la actuación de cuantos profesionales han intervenido en la asistencia (...) ha sido correcta y conforme con los criterios definitorios de la lex artis, tanto en lo que al acto quirúrgico se refiere como en la asistencia posoperatoria y en el manejo de las complicaciones coronarias aparecidas posteriormente”, por lo que “en modo alguno cabe culpabilizar al personal sanitario del fallecimiento (...), que se debió a la alta letalidad de la patología coronaria que presentaba y que desde su comienzo evolucionó de forma larvada, sin evidencia de sintomatología alguna que hiciera presagiar tan fatal desenlace; desenlace que sobrevino de forma súbita e inesperada y, en consecuencia, imposible de prevenir o evitar”.

9. Mediante escritos de 27 de abril de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

10. Con fecha 29 de abril de 2010, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de dos informes obrantes en el Servicio de Atención al Usuario.

Uno de ellos, de fecha 5 de febrero de 2010, de una enfermera de la planta de Cardiología, refiere que “la noche del 14 de agosto de 2009 (...), hacia las 4 de la madrugada”, se me avisa de que el paciente “está peor”, me dirijo a la habitación, encontrándolo “sudoroso y, tras comprobar que se encontraba

afebril, (le) pregunto (...) qué es lo que le ocurre”, a lo que él mismo me responde que “tiene flemas”, le comento al “familiar que le dé pequeños sorbos de agua, tras lo cual administro 1 gramo de paracetamol endovenoso./ Poco tiempo más tarde el familiar (...) me dice que lo encuentra peor y me pide que llame al médico (...). Mientras estoy llamando al facultativo de guardia se me dice que vaya corriendo, que está inconsciente, comprobando al llegar a la habitación que el paciente no responde a ningún estímulo y no objetivando signos vitales (...). El médico de guardia llegó en ese momento y constató el fallecimiento./ Tras estos hechos procedimos a comprobar los datos registrados por la telemetría que portaba el paciente, no encontrando ningún registro anómalo en las horas ni minutos previos a la muerte”.

El segundo informe, de 8 de febrero de 2010, suscrito por el Supervisor de la 4ª planta impar refiere que “en la mañana del viernes 14-08-2009 nos avisa la familia del paciente (...) que se encuentra mal, se acude inmediatamente a la habitación”, comprobando que está “en estado de semiinconsciencia, se avisa al médico de Cirugía Maxilofacial y se lleva el carro de paradas a la habitación, el paciente va recuperándose, respondiendo en poco tiempo a estímulos verbales, se hace ECG y analítica y se consulta con Cardiología que, tras valorar el estado del paciente, pauta tratamiento que iniciamos de inmediato./ Respecto a lo sucedido en las tardes del 13 y 14 de agosto de 2009, me es imposible recabar más información de lo que está escrito en la hoja de enfermería, ya que la enfermera de esos días en los turnos de tarde no trabaja actualmente en el Servicio”.

11. El día 5 de mayo de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias emite un informe complementario en el que señala que “se cometió un error en el apartado 10 del epígrafe que lleva por título Valoración del caso (folio nº 8) al señalar que a las 4:00 horas del día 15 de agosto de 2009 se le había administrado nitroglicerina intravenosa (...). No fue así, ya que, según informe de la enfermera de la planta (...) de Cardiología encargada del enfermo que se incorpora al expediente, a esa hora lo que se le administró (...) fue 1 gramo de

paracetamol intravenoso (...). Esta circunstancia no modifica en nada las conclusiones del informe técnico ni el sentido del mismo”.

12. Mediante escritos de 6 de mayo de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del “informe complementario” a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y de la nueva documentación incorporada al expediente a la correduría de seguros.

13. Mediante escrito notificado a las reclamantes el 16 de octubre de 2010, se les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El 20 de octubre de 2010 una de ellas se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo, compuesto en ese momento por doscientos cinco (205) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

14. Con fecha 2 de noviembre de 2010, las reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos del escrito inicial. Insisten en que el día 14 de agosto, a las 17:00 horas, el perjudicado sufre un “segundo episodio coronario (...), acude la enfermera y realiza lo programado, un ECG y extracción de sangre para valorar la troponina I, que da un resultado muy elevado de 4,70 (...) (alto riesgo). Es entonces cuando la enfermera anota (hoja 43) analítica urgente, después del segundo episodio. Se reclama la presencia del médico en varias ocasiones y no aparece. Ante nuestra insistencia por el mal estado del paciente (...) lo fueron a buscar (...) y entonces se presentó./ A las 20:30, tres horas y media más tarde del segundo episodio”. El cardiólogo “nos informa de la gravedad de lo ocurrido. Le manifestamos nuestras quejas por el abandono y la falta de atención a que está siendo sometido en una situación de alto riesgo según el diagnóstico que ahora conocemos (hoja 26) y decide su traslado a la planta de cardiología y monitorización (hoja 40)”. Consideran las reclamantes que no se siguieron las “pautas y recomendaciones” de tratamiento para un

paciente de alto riesgo por un episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Asimismo, afirman que “se le administran medicamentos contraindicados, según los propios informes médicos (...) reconocen (...), contribuyendo así (...) a estrechar las posibilidades de supervivencia”. Niegan que el paciente estuviera asintomático y sostienen que “la dificultad para respirar, sudoración, palpitaciones, intranquilidad, insomnio... son síntomas de insuficiencia cardíaca, tal como se recoge en la literatura médica (...), y así estuvo casi cuarenta y ocho horas hasta su fallecimiento”.

Finalmente, manifiestan que “queda pendiente la información detallada de la enfermera, que no informa porque ha cambiado de Servicio sobre los días 13 y 14 (de agosto)”.

Adjuntan una publicación del Hospital Universitario Central de Asturias, Área del Corazón, acerca del “Síndrome coronario agudo sin elevación del ST”.

15. Mediante escrito de 26 de noviembre de 2010, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor un nuevo informe del Jefe del Servicio de Cardiología.

En él, de fecha 26 de noviembre de 2010, refiere que tras la pérdida de conciencia del paciente “se diagnostica de SCASEST de alto riesgo y se programa una determinación urgente de troponina para unas horas después, concretamente a las 5 de la tarde (...), tiempo necesario para que se produzca una elevación significativa del marcador y confirmar el diagnóstico de síndrome coronario agudo./ Una vez recibido el resultado de esta analítica se pone en conocimiento telefónicamente del cardiólogo de guardia que de esta manera confirma el diagnóstico y que por tanto no necesita cambios terapéuticos, no existiendo, tal como manifiesta la familia un segundo episodio, ya que se trata de una determinación rutinaria que se efectúa por protocolo en estos pacientes”.

En cuanto al tratamiento del SCASEST, afirma que se realizó el seguimiento y protocolo recomendados por “las vías de práctica clínica adaptado a la circunstancia de este paciente, ya que no es lo mismo un SCA en un paciente que ingresa exclusivamente por este motivo que cuando se trata de un

paciente de edad avanzada y con una cirugía oncológica compleja muy reciente”, por lo que es trasladado a la planta de Cardiología, donde “se procedió a monitorizarle” mediante telemetría.

Respecto a la interacción “entre medicamentos como el Omeprazol y el Clopidogrel, existe una recomendación de la Agencia Española del Medicamento para evitar la asociación de forma prolongada (...), pero se trata solo de una recomendación (...) para ttos. de larga duración y que en cualquier caso se (...) deben valorar en cada caso concreto ventajas e inconvenientes. Existen, además, diversas (...) opiniones contrarias (se adjunta cita bibliográfica del American College of Cardiology). En cualquier caso, en este paciente no se planteó el problema, ya que salvo una dosis de inicio de solo 75 mg de Clopidogrel al valorar el riesgo importante de sangrado que presentaba (...) tanto a través de la herida quirúrgica como otras posibilidades de sangrado digestivo, con un riesgo superior al de la trombosis intravascular, se decidió mantener tto. antiagregante solamente con acetilsalicílico más las heparina subcutánea como medicación anticoagulante profiláctica de los pacientes quirúrgicos y que en este caso también era recomendable para su situación coronaria”.

Se remite a “los datos aportados por la Supervisora de Enfermería de Cardiología tras conversación con las enfermeras que atendieron al paciente en la planta de Cardiología y la información directa del médico de guardia de Cardiología en ese día y así mismo la revisión exhaustiva de la historia clínica” para manifestar que entre el “episodio de las 13:30 que motivó el diagnóstico del paciente y (...) las 4:00 h del día siguiente (...) en ningún caso hay referencias a inestabilidad clínica o hemodinámica del paciente” y concluye que “cuando se produjo el exitus no había presentado previamente ninguna arritmia en la telemetría ni deterioro hemodinámica, por lo que en un ejercicio de transparencia, y precisamente por las dudas en cuanto a la causa de su muerte, se solicitó a la familia la autopsia, lo que demuestra además la confianza en que nuestro procedimiento había sido adecuado durante todo momento”.

16. Con fecha 10 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “de la documentación obrante en el expediente y de los informes emitidos por los servicios implicados se desprende que la actuación de los profesionales que intervinieron en la asistencia del perjudicado ha sido correcta y conforme a la lex artis, tanto en lo que al acto quirúrgico se refiere como en la asistencia posoperatoria y en el manejo de las complicaciones coronarias aparecidas posteriormente; y que en modo alguno cabe culpabilizar al personal sanitario del fallecimiento de aquel, cuya causa se desconoce de forma fehaciente a falta de los hallazgos de la autopsia, pero que si se derivara de la patología coronaria se debe a la alta letalidad de la misma, que evolucionó de forma larvada, sin sintomatología que hiciera presagiar tan fatal desenlace, que sobrevino de forma súbita e inesperada y, en consecuencia, imposible de prevenir o evitar”.

17. Mediante escrito de 4 de enero de 2011, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

El Pleno del Consejo Consultivo, en sesión celebrada en fecha 2 de junio de 2011, dictamina que debe retrotraerse el procedimiento al momento en que se omitió el trámite de audiencia, sin realizar pronunciamiento sobre el fondo de la consulta formulada.

El día 1 de agosto de 2011, se notifica a las reclamantes la apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días, proporcionándoseles una copia del informe del Servicio de Cardiología de 26 de noviembre de 2010.

El día 17 de ese mes de agosto, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos de su reclamación inicial, haciendo especial hincapié en la demora de asistencia por parte del especialista en Cardiología y en la existencia de “dos episodios coronarios”.

Con fecha 26 de agosto de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora una nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio, sobre la base de los mismos hechos y razonamientos que constan en su anterior propuesta

18. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de octubre de 2011, registrado de entrada el día 11 del mismo mes, 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 18 de marzo de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 15 de agosto de 2009, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo

13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Las interesadas pretenden ser indemnizadas como consecuencia de la muerte de su esposo y padre, que imputan al anormal funcionamiento del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación incorporada al expediente, no existe duda respecto al fallecimiento alegado, que tuvo lugar en un centro hospitalario público con posterioridad a una intervención quirúrgica. Por ello, presumimos que aquellas habrán sufrido unos daños cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

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

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar

este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las 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.

Finalmente, también hemos señalado que pesa sobre quien reclama la carga de la prueba de los hechos en los que funda su pretensión y de la relación causal entre estos y los daños que se alegan.

Las reclamantes imputan a la Administración sanitaria un elevado número de irregularidades a lo largo de un proceso asistencial que se inicia con la indicación de exéresis de un carcinoma en suelo bucal.

Comienzan por indicar anomalías en relación con el consentimiento prestado por el paciente, previo a la intervención quirúrgica a llevar a cabo por el Servicio de Cirugía Maxilofacial. Resumidamente, sostienen que no se le ofreció información sobre alternativas de tratamiento; que suscribió el documento de consentimiento para la intervención antes de que se hubieran realizado todas las pruebas diagnósticas; que tampoco se le ofreció información suficiente en la firma del consentimiento previo para la anestesia y que el escáner realizado el día 20 de julio de 2009 señala que se trata de un tumor de "15mm", sin afectación y en estadio I; que no se les informó de que no había indicios de metástasis, y que la doctora decide realizar una intervención muy traumática sin

tener en cuenta tales datos “ni su estado físico”, por lo que parecen poner en entredicho también la propia necesidad de la intervención quirúrgica.

En segundo lugar, cuestionan la atención prestada en el posoperatorio. Sus reproches se centran en denunciar la falta de un facultativo de guardia de la especialidad requerida (Maxilofacial); que no se atendieron los síntomas que el paciente presentaba (dificultad respiratoria, sudor, intranquilidad, taquicardia e insomnio), pese a las reiteradas denuncias de los familiares; que el paciente sufrió dos accidentes coronarios (no uno como sostiene la Administración), y que con ocasión del segundo el cardiólogo de guardia tardó tres hora y media en acudir, así como “descontrol con la medicación”; falta de personal “especializado o con experiencia”; que se le administró un medicamento por vía intravenosa, habiendo fallecido el paciente de modo inmediato; que no se le derivó a un centro asistencial que pudiera ofrecerle una “atención de calidad”, y que el informe del centro hospitalario no especifica la causa del fallecimiento.

A lo anterior añaden, en el primer trámite de alegaciones, que el servicio era “insuficiente”, dado que tan solo había un cardiólogo “para todo Gijón”; que se produjo una actuación inadecuada, al no prestarse asistencia al segundo episodio cardíaco y no considerar que el tratamiento pautado a resultas del primero “se revela ineficaz”. También se imputa la administración de dos medicamentos contraindicados -Omeprazol y Clopidogrel-. Por ello sostienen que se ha producido una pérdida de la “posibilidad de supervivencia”, y aclaran que la reclamación se presenta no solo por la muerte, sino también por los “innecesarios sufrimientos” causados (parece desprenderse del escrito que tanto al fallecido como a los propios familiares que presencian esa falta de cuidados).

Pese a que incumbe a quienes reclaman la carga de la prueba de los hechos y de su relación con el daño causado, las interesadas no aportan pericias o informes suscritos por especialistas médicos en apoyo de sus imputaciones, limitándose a la incorporación de fotocopias de tratados médicos o de protocolos de actuación aprobados por la Administración sanitaria del propio Principado de Asturias. En todo caso, no corresponde a este Consejo Consultivo valorar directamente controversias propias de la ciencia médica, sino alcanzar un

pronunciamiento sobre la asistencia prestada, en atención al criterio de la *lex artis* expuesto y en función de la prueba incorporada al procedimiento. Por tanto, debemos considerar las denuncias que sostienen las interesadas a la luz de los datos e informes que figuran en la historia clínica del perjudicado y de los emitidos por los diferentes especialistas que analizan y dan respuesta a las mismas.

Por lo que se refiere al consentimiento que presta el paciente para la intervención, comprobamos en la historia clínica que acude al servicio especializado el día 15 de julio de 2009, "derivado por su dentista", para valorar una lesión en suelo oral de, aproximadamente, un mes de evolución. En la hoja de historia y exploración clínicas se plasman sus antecedentes personales más significativos: intolerancia a fármacos, intervención previa de adenoma de próstata, "HTA, úlcera gástrica (...), ex fumador (...), bebedor moderado".

La primera decisión que se adopta es realizar una biopsia de la lesión. Con el resultado de esta, el día 24 de ese mismo mes, la especialista anota en la historia "programo exéresis + vaciamiento (...). Hago papeles. CI firmado. Informo riesgos./ Se operará el 12 de agosto". En el documento de consentimiento informado suscrito se detallan como "complicaciones" las "hemorragias graves" y el "fallecimiento del paciente", y como riesgos generales "de toda intervención quirúrgica (...) hemorragia digestiva (...), trombosis venosa (...), infarto de miocardio". No se recogen riesgos personalizados ni alternativas posibles.

Teniendo en cuenta lo anterior, este Consejo Consultivo considera que el servicio público sanitario cumplió sus obligaciones en lo relativo al derecho a la información del paciente. Este suscribió un documento en el que manifiesta haber sido informado del procedimiento quirúrgico, de sus riesgos y de las posibles alternativas. Además, en la hoja de historia y exploración clínicas, la especialista anota expresamente que le informó de los riesgos, dando así cumplimiento a lo exigido en el artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Las interesadas no niegan en ningún momento la existencia de ese consentimiento, sino que sostienen que se prestó sin información previa y que, a la vista de que el anestesista comunica unos resultados “satisfactorios”, “entendemos que físicamente puede ser operado y que todas las pruebas indican que es necesaria e imprescindible” la operación, “sin ofrecer otra alternativa”. De sus propias manifestaciones se desprende que algún otro miembro de la familia valoraba, junto con el propio paciente, el proceso y la información prestada, y, a nuestro modo de ver, “entendieron” correctamente la suministrada: no se evidenciaron, tras las pruebas realizadas, contraindicaciones específicas que desaconsejaran la intervención, y, por lo que se refiere a las posibles alternativas terapéuticas, la especialista que realiza el diagnóstico y pauta la intervención señala que se trata del tratamiento “habitual” y que constituye “el mínimo gesto quirúrgico aplicable a este tipo de lesiones”, por lo que, a falta de prueba en contrario que deben presentar o plantear las interesadas, es forzoso admitir que la intervención propuesta era la adecuada y que no existía alternativa de tratamiento, salvo la inacción. En definitiva, consideramos que se prestó al paciente y a la familia la información precisa y que esta fue entendida correctamente.

Aducen también las interesadas que la doctora habría decidido practicar una intervención “muy traumática” sin tener en cuenta los antecedentes y el estado físico del paciente, y sin haberles informado del resultado de un escáner que descartaba la existencia de metástasis. Lo cierto es que en el primer apunte de la historia clínica aparecen descritos los antecedentes personales más relevantes del perjudicado, por lo que nada nos permite sospechar que no hayan sido tenidos en cuenta al realizar su valoración y la elección de la terapia. Además, la propia especialista, en el informe elaborado con fecha 14 de abril de 2010, aclara que la indicación quirúrgica es habitual “en estadios en los que no existen adenopatías metastásicas cervicales”, y que por ello, confirmada mediante la prueba radiológica su ausencia, se mantuvo “el tratamiento planificado inicialmente”. En este punto concreto observamos que el servicio público sostiene una posición contraria a la que plantean las interesadas, en el

sentido de que el dato que justifica la intervención quirúrgica es precisamente la confirmación de la inexistencia de metástasis.

Así las cosas, y ante la ausencia de prueba en contrario, los datos e informes señalados nos inclinan a considerar que la valoración realizada por los servicios correspondientes (Cirugía Maxilofacial y Anestesiología) tuvo en cuenta los antecedentes personales del paciente, pues constaban en la historia clínica, y por tanto tal valoración fue correcta, como lo fue también la indicación terapéutica de exéresis del tumor una vez confirmada la ausencia de metástasis.

A idénticas conclusiones llega el autor del informe técnico de valuación, de fecha 22 de abril de 2010, quien sostiene que se prestó la información necesaria al paciente y a sus familiares, que aquel firmó el documento de consentimiento informado que se incorpora al expediente, y que la cirujana valoró correctamente el resultado del "TAC cervical", tanto en el "estadaje del tumor" como al "confirmar la indicación del tratamiento quirúrgico planteado inicialmente", destacando, a su vez, que la intervención se llevó a cabo sin incidencias ni complicación alguna.

Como expusimos anteriormente, un segundo grupo de reproches se centra en la atención recibida en el posoperatorio. En esencia, indican las interesadas que no fue debidamente atendido en función de los síntomas que presentaba, tanto por la ausencia de especialistas como por la falta de preparación del personal de enfermería. Detallan una serie de incidentes que probarían esa falta de atención, imputan un error en la administración de dos medicamentos incompatibles y, por último, parecen establecer algún tipo de relación entre la administración de un medicamento por vía intravenosa y la muerte, que se habría producido instantes después.

Del análisis de la historia clínica documentada se desprende que una vez finalizada la intervención quirúrgica el paciente ingresa en el Servicio de Reanimación, permaneciendo en él desde las 13 horas del día 12 de agosto de 2009 hasta la mañana del día 13, momento en el que es trasladado a la planta de Cirugía Maxilofacial. Durante ese tiempo se controlan los signos vitales en 24 ocasiones, y desde las 18 horas no se constata dolor, que sí presentó al ingreso,

y que, según consta, fue controlado con analgésicos. Por la noche, hacia las 03:00 horas se queja por “dificultades respiratorias” que mejoran con medicación. Consta la visita del “anestesista” y que se le medica específicamente para las “abundantes flemas”. A la mañana del día siguiente sigue insistiendo en “dificultad respiratoria”, aunque mantiene una buena saturación de oxígeno.

Una vez en la planta, el curso clínico del día 13 señala que “está con abundantes secreciones respiratorias”, a tratamiento. El día 14 por la mañana se anota, igualmente, “continúa con secreciones respiratorias, pero mejora”. En la hoja de enfermería, figura, el día 13 por la tarde, que “refiere sensación de falta de aire”, y “Sat O₂: 96%”. Tras la aplicación de un medicamento “pautado nota mejoría”. En el turno de noche se hace constar “inquieto, no consigue estar cómodo ni dormir”. El día 14 enfermería consigna “al comienzo de la guardia bien. Se retira vendaje”.

Con base en lo expuesto, este Consejo Consultivo estima que carece de relevancia la denuncia de falta de asistencia por parte de un especialista en Cirugía Maxilofacial. De una parte, el paciente estuvo ingresado a cargo de otro Servicio -Reanimación- hasta la mañana del día 13, en que sí fue valorado, ya en la planta, por la cirujana que lo intervino (según la hoja de observaciones del curso clínico) y, de otra, pese a que los familiares pudieran haber demandado otra asistencia, lo cierto es que no se presentó ninguna complicación relacionada con la intervención quirúrgica, como lo prueba el hecho de que la única atención especializada que aquel requirió fue la de retirada del drenaje y de la venda de la herida quirúrgica el día 14. A ello hemos de añadir que las propias interesadas admiten en su reclamación que “se le visitó durante 25 minutos en Reanimación” y que la siguiente visita ya se produjo en la planta. Por tanto, no podemos considerar acreditado que esos familiares, que no constan sean especialistas médicos, hayan podido valorar, con una sola visita de 25 minutos de duración, la necesidad de la presencia de la cirujana a lo largo de las aproximadamente 20 horas que permaneció en Reanimación.

En definitiva, nada nos induce a concluir que el paciente no fuera atendido de modo adecuado de los diferentes síntomas que presentaba. Hemos

de señalar que no existe constancia en la historia clínica de los “sudores” y “taquicardias” a que aluden las interesadas, sino de dificultades respiratorias por la presencia de abundantes flemas, quedando consignado en la misma el correspondiente tratamiento y una cierta mejoría. La sensación de falta de oxígeno parece más bien una apreciación subjetiva (los índices de saturación de oxígeno, tanto en Reanimación como en planta, son adecuados) que pudiera guardar relación con las incomodidades propias de la intervención en la cavidad bucal, puesto que las propias reclamantes admiten, en su escrito inicial, que tales dificultades desaparecen cuando, en la mañana del día 14, la doctora “decide quitarle la venda (...). Inmediatamente (...) comienza a respirar sin dificultad, disminuye el ruido causado por la respiración y recupera el color de la piel”. En ese primer momento, no relacionan tales síntomas como sugestivos de un episodio coronario, como afirman posteriormente, sino con una venda en la garganta que le “impedía respirar”. No tenemos dato alguno que nos permita estimar acreditada tal irregularidad, y la sola manifestación de las perjudicadas, sin reflejo o indicio en la documentación clínica, no puede ser considerada prueba suficiente.

Resta por analizar lo sucedido entre las 13:20 horas del día 14 de julio y el momento del fallecimiento del paciente. Comenzando también por el análisis de la documentación clínica, comprobamos que aparece en la hoja de observaciones del curso clínico correspondiente a ese día y a la hora indicada la anotación de que “avisan porque el paciente ha tenido un episodio de pérdida de consciencia. En el momento de llagar nosotras está COC, con saturación O₂ 97. Se pauta Clexane y se pide ECG”. Acude también un cardiólogo, que refleja en la historia “avisan por cuadro presincopal con mareo intenso y postración. No dolor torácico ni disnea” Por último, la hoja de enfermería refiere el episodio señalando que “llaman por episodio de pérdida de conocimiento. No responde. Al llamarlo en 5’ aprox. Responde, dice que no tiene ningún dolor”. Se añade que es visto por Maxilofacial y por Cardiología, y que “se hace ECG”. La siguiente anotación corresponde a las 14:30 horas. A la vista de ello no apreciamos déficit en la asistencia prestada, constatándose que en el transcurso de una hora,

aproximadamente, fue visto por dos especialistas, se le practicó un electrocardiograma y se pautó la medicación adecuada a la patología; así lo reconocen las propias reclamantes al mencionar que “le atienden un cardiólogo” y la doctora que realizó la intervención, quienes, ante la insistencia de la familia, les informan de que ha sufrido una “isquemia coronaria severa (...)”. Le recetaron más medicación”.

Es a partir de ese momento cuando el relato de las interesadas y el de los servicios responsables difieren. Aquellas sostienen que sobre las cinco de la tarde de ese mismo día sufrió un nuevo “cuadro de inconsciencia”, que la enfermera le hace un nuevo electro y que el cardiólogo tardó unas tres horas y media en visitar al paciente, pese a sus constantes quejas. Sin embargo, la documentación clínica incorporada al expediente no refiere este segundo incidente, y los responsables del Servicio de Cardiología lo niegan de modo expreso. Pues bien, en la hoja de enfermería se indica que a las 14:30 se encuentra “bien” y se anota “extracción sangre 17 h y ECG. Avisar a Cardio”. A las 17:00 horas se consigna “extracción de analítica urgente y ECG”. Tras llegar “resultados aviso cardiólogo”. La necesidad de esta analítica y de un nuevo ECG se explica por el responsable de Cardiología, en su informe de 13 de abril de 2010, como una actuación “programada” para la “valoración de marcadores miocárdicos y evolución del ECG” y se reafirma en otro nuevo, de fecha 26 de noviembre de 2010, en el que consta que “se programa una determinación urgente de troponina para unas horas después, concretamente a las 5 de la tarde, que es el tiempo necesario para que se produzca una elevación significativa del marcador y confirmar el diagnóstico de síndrome coronario agudo”. La necesidad de su realización aparece en la hoja de órdenes de tratamiento “cardiológico” (folio 33), de ese día 14 de agosto, ECG aproximadamente a las “17 h”. Finalmente, en el folio 32 aparecen también, por lo que ahora interesa, dos anotaciones de Cardiología del día 14, aunque sin fijar la hora. En una se actualizan las órdenes de tratamiento con ocasión del primero (o único) de los episodios, y en la otra, además de señalar que ha de realizarse un nuevo ECG “a 1ª hora mañana”, precisa que el tratamiento ha de ser “igual”.

Teniendo en cuenta que tanto las interesadas como la documentación clínica nos informan de que el cardiólogo realizó una segunda visita a las 20:30 horas, hemos de concluir que en esa visita este ya habría valorado el segundo ECG y los resultados de la analítica, y pese a ello, o tal vez precisamente por ello, mantiene el mismo tratamiento instaurado sobre las 13:30 horas. A nuestro juicio, este dato resulta de capital importancia, dado que al margen de la existencia o no de ese segundo episodio, y también de que, en su caso, el especialista hubiera debido acudir a valorar ese no probado segundo episodio, lo cierto es que desde las 13:30 horas estaba siendo tratado para la grave isquemia sospechada, confirmada posteriormente, sin que el especialista apreciara horas más tarde la necesidad de modificar el tratamiento. Por tanto, y salvo que las reclamantes demuestren que ese tratamiento concreto no era el adecuado, y no lo han hecho, la discrepancia sobre el posible segundo episodio carece de relevancia a efectos de la responsabilidad patrimonial que pretenden, puesto que habrían de acreditarse, por quien reclama, no solo los hechos determinantes, sino también la relación causal con el daño. Si el paciente estaba siendo tratado como correspondía y, pese a las nuevas pruebas realizadas y valoradas por Cardiología, a las 20:30 horas se mantuvo el tratamiento que venía siendo administrado, ello probaría que el daño no puede relacionarse causalmente con una hipotética falta de atención del servicio especializado. Para llegar a tal conclusión tendríamos que considerar acreditado que ese tratamiento fue erróneo, bien en los primeros momentos o a la vista de las pruebas diagnósticas realizadas sobre las cinco de la tarde. Por lo que atañe al tratamiento, las perjudicadas sostienen que fue "ineficaz" (no habría logrado revertir la situación, dado que sufrió un segundo episodio), y además erróneo, por cuanto habría contraindicaciones entre dos medicamentos pautados, según la nota de farmacología que obra al folio 96.

En cuanto a la primera imputación, carece de cualquier soporte probatorio, más allá de la mera constatación del fallecimiento del paciente, pero ello no prueba en modo alguno la existencia de otro tratamiento que la hubiera evitado. Respecto a la segunda, el Jefe del Servicio de Cardiología sostiene en su

informe de 26 de noviembre de 2010 que la recomendación se refiere a “ttos. de larga duración” y que, de todas formas, se “deben valorar en cada caso concreto ventajas e inconvenientes”, añadiendo que existen diversas publicaciones posteriores contrarias. No obstante, concluye que tan solo se le administró al paciente una “dosis de inicio de 75 mg de Clopidogrel”, valorando los riesgos de sangrado y el “superior (...) de la trombosis intravascular”, y que “en este paciente no se planteó el problema”, ya que no se realizó un tratamiento prolongado.

En consecuencia, no existe prueba suficiente que permita tener por acreditados los errores que las interesadas sostienen en el tratamiento pautado por los especialistas de Cardiología.

Por las mismas razones de falta de prueba o indicio que se desprende de la documentación analizada, no podemos considerar que exista una relación entre el medicamento intravenoso suministrado a las 04:00 horas del día 15 de agosto (un gramo de paracetamol, que según consta había sido pautado por Cardiología -folio 32-) y la muerte del paciente a los pocos instantes, dado que no pudo establecerse con precisión la causa concreta del fallecimiento (se estima como probable la patología coronaria, pero no se descarta la hemorragia digestiva) por la negativa de la familia a la realización de la autopsia, como las propias reclamantes admiten.

A conclusiones idénticas llegan los autores del informe técnico de evaluación y de la propuesta de resolución, quienes concluyen que todo el proceso asistencial se adecuó a la *lex artis ad hoc*, tanto en lo que respecta a la información previa facilitada y a la falta de alternativas terapéuticas, como a la evaluación correcta de los riesgos, la posterior cirugía, la asistencia posoperatoria y el manejo de las complicaciones coronarias aparecidas, por lo que no cabe atribuir a la actuación del personal sanitario el fallecimiento, que fue debido a la alta letalidad de la patología coronaria que evolucionó de forma larvada, sin evidencia de sintomatología alguna que hiciera presagiar el desenlace; desenlace que sobrevino de forma súbita e inesperada y, en consecuencia, fue imposible de prevenir o evitar.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.