

Expediente Núm. 43/2012
Dictamen Núm. 169/2012

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 14 de junio de 2012, 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 esa Presidencia de 13 de marzo de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuyen a la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de agosto de 2011, los perjudicados presentan en el registro de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que imputan a la deficiente asistencia sanitaria recibida en un centro de la red pública.

El escrito, en el que no figura firma alguna, se inicia relatando que el paciente falleció el día 14 de agosto de 2010 en un hospital público. Tras referir sus antecedentes coronarios, señalan los reclamantes que el día 29 de julio de 2010 se sometió a una intervención quirúrgica “por estenosis aórtica severa con lesiones coronarias asociadas moderadas en DA y CD y función ventricular conservada”.

Según exponen, “una vez en la planta, comenzaron unos episodios de sudores repentinos y sobreabundantes a nivel de todo el cuerpo” y “todo ello se pone en conocimiento tanto del control de enfermería como del médico que pasaba a diario para verle a primera hora de la mañana, limitándose este a indicar que cuando le volviese a pasar que avisase al control de enfermería para que le tomasen la temperatura y la tensión, lo que efectivamente hicieron; no obstante, diariamente se le preguntaba al médico acerca del significado y origen de tales sudores, a todas luces anormales, sin que nunca se nos haya dado una respuesta concreta ni una explicación acerca de la aparición de los mismos”.

Afirman que “el día 12 de agosto (...) se comunica en varias ocasiones al control de enfermería que tenía dolor en el pecho y respiraba de manera agitada, donde se nos informó en el sentido de que tales molestias eran típicas de la intervención quirúrgica”, y que “esa noche se produjeron de nuevo sudoraciones frías y abundantes con vómitos; por la mañana del día 13 cuando se levantó (...) estaba pálido y mareado, apenas caminaba y tenía una sudoración fría importante. Se avisa al control de enfermería y pasan a tomarle la temperatura, la tensión y la saturación de oxígeno; la tensión era de 8/4 y la saturación no salió por lo frías que tenía las manos, según dijeron”. A continuación, llaman al cardiólogo y acude un médico que, “tras auscultarle, dijo que estaba bradicárdico y que era debido a la medicación, ya que al parecer estaba tomando dos medicaciones para lo mismo (...), por lo que decide retirarle una de ellas y volver a colocarle el parche que se ponía en su

domicilio, conectándole de nuevo el oxígeno./ Esa mañana le bajaron a Neurología para realizar una eco transcraneal que tenía pendiente, volviendo a repetirse el episodio de la mañana (...), diagnosticándosele un cuadro vagal; ese día se negó a comer, estando moviendo de forma continuada los antebrazos y abriendo y cerrando las manos porque decía que se le dormían, tenía las uñas de color morado, el dedo corazón no lo sentía, las manos estaban muy frías, los labios tendían a color morado, estaba muy pálido, intranquilo y respirando con dificultad, como si se fuese a ahogar, por lo que avisamos nuevamente al control de enfermería". Lo comunican nuevamente al médico, que "llegó sobre las 19:30 horas y, tras hojear el historial, dijo que todo era debido a la medicación, ya que no era la adecuada, que ya estaban en ello y que se la quitarían para ponerle otra, y que la razón de que se encontrase tan mal era que tenía la tensión muy baja y que estaba acostumbrado a tensiones más altas; ordenó realizar un electrocardiograma y quedó en que volvería a pasar más tarde; le realizaron el electro pero el médico no regresó./ Sobre las 11 de la noche de ese mismo día 13 comienza de nuevo a encontrarse mal, le duele mucho el pecho y tiene dificultades para respirar; se avisa a enfermería (...), que vuelven a realizar el ritual de temperatura y tensión, marchándose a continuación y diciendo que apagasen la luz; el mismo episodio se repite poco después, acudiendo nuevamente las enfermeras (...); poco después y ya en la madrugada del día 14 comienza nuevamente con la respiración muy agitada, sensación de ahogo y dolor muy intenso en el pecho, avisando nuevamente a control de enfermería para que llamasen a un médico, a lo cual accedieron". Dado que el médico "no llegaba se reiteró la petición, manifestándonos que ya lo habían llamado; finalmente el paciente falleció esa misma madrugada a la 01:45 horas, tras lo cual llegaron dos médicos del Servicio de Urgencias", que "procedieron a realizar maniobras de recuperación sin resultado alguno".

Refieren que “se le practicó la autopsia (...), que dio como resultado que el fallecimiento se produjo como consecuencia de un infarto agudo de miocardio./ La explicación que dieron los dos médicos que acudieron de Urgencias fue que simplemente había fallecido de un infarto”.

Manifiestan que “todos los datos expuestos no son deducciones acerca de lo que pudo haber sucedido, sino que son constataciones de la propia familia que estaba presente, ya que el paciente estuvo siempre acompañado las 24 horas del día mientras estuvo ingresado”.

Consideran que “el fallecimiento del paciente se debió a una deficiente y negligente atención médica, por cuanto todos los síntomas que presentaba eran manifiestamente indicadores de una insuficiencia cardíaca aguda, tales como dolor en el pecho, sensación de ahogo, sudoración sobreabundante, labios y extremidades frías y moradas y falta de sensibilidad en los dedos, sin que se adoptara medida alguna para paliar tal situación a pesar de que se encontraba en la planta de Cirugía Cardíaca y al lado de la Unidad de Cuidados Intensivos, donde había estado pocos días antes; episodios que se repitieron reiteradamente durante los últimos días sin que le aplicara más terapéutica que el control de la tensión arterial, temperatura y saturación de oxígeno, lo que evidentemente no podía producir ninguna mejoría ni reversión del cuadro clínico”. Añaden “que el riesgo de fallecimiento por insuficiente cardíaca o infarto era más que evidente, no solo por la propia naturaleza de la intervención, sino porque así consta también en el consentimiento informado que le dieron a firmar./ No se trata de garantizar la vida del paciente, ni de valorar si la aplicación de determinadas medidas terapéuticas hubiesen determinado necesariamente que remontase tal situación, sino de aplicar las medidas más elementales ante la presencia de tal cuadro para evitar en lo posible un fatal desenlace como el que se produjo, lo que se traduce en que se le privó de la oportunidad de sobrevivir que hubiese tenido si se le hubiese tratado de manera correcta o, al menos, si se le hubiese aplicado algún tipo de

tratamiento, por lo que concurre la relación de causalidad entre el fallecimiento producido y la deficiente atención médica prestada”.

Afirman que están legitimados para formular la reclamación, “al ser los herederos legales del fallecido”, y solicitan una indemnización por importe de ciento seis mil quinientos cincuenta y seis euros con ochenta y cuatro céntimos (106.556,84 €), más los intereses legales.

Al escrito adjuntan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Acta de declaración de herederos, de la que resulta que el fallecido tenía esposa y dos hijos, que son quienes formulan la reclamación. b) Certificación literal del Registro Civil, en la que consta que el fallecimiento se produjo el día 14 de agosto de 2010.

2. Mediante escrito de 19 de agosto de 2011, notificado a los reclamantes el día 24 del mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) les comunica que “su reclamación no contiene la firma de ninguno de los solicitantes, requisito exigido por el artículo 70.1.d) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, por lo que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 71.1 de la citada Ley, disponen de diez días, a contar desde el día siguiente al de recibo de esta notificación, para proceder a subsanar esta falta, indicándoles que, de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado, se les tendrá por desistidos de su petición”.

3. El día 26 de agosto de 2011, los interesados presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito en el que refieren que la omisión de las firmas “se debió a un error consistente en que en lugar de quedarse con el original y sellarnos la copia” se “nos devolvió el original sellado quedándose con la copia que no estaba firmada”. Adjunta una reclamación idéntica a la formulada en su día, suscrita por todos ellos.

4. Mediante escrito notificado a los perjudicados el día 7 de septiembre de 2011, el Jefe del Servicio instructor comunica a la interesada que figura en primer término la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. El día 16 de septiembre de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del reclamante, en la que figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de autopsia, en el que consta como diagnóstico "infarto en cara posterior de VI de días de evolución". b) Informe de alta por exitus, en el que se consigna que el paciente "ingresa para cirugía por estenosis aórtica severa (...). Intervenido el día 29 de julio de 2010, hallándose una válvula aórtica calcificada, procediéndose al implante de una prótesis aórtica biológica (...) y un by-pass de safena a DP, siendo un vaso severamente calcificado (...). El paciente es (...) trasladado a la planta de hospitalización el día 6 de agosto de 2010, encontrándose hemodinámicamente estable (...). El día 13 de agosto de 2010 es visto por el médico de guardia por un cuadro de mareos, modificándose la medicación y pautándose sueroterapia, con mejoría clínica y encontrándose asintomático en una visita posterior (...). A las 01:25 horas del día 14 de agosto de 2010 se avisa por apnea con parada cardiorrespiratoria, iniciándose maniobras de RCP avanzada ineficaces, siendo exitus a las 01:45 horas./ Durante el procedimiento se realiza un ecocardiograma que descarta taponamiento cardíaco".

6. Con fecha 5 de octubre de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor el informe emitido por el Servicio de Cirugía Cardíaca, fechado el día 3 de octubre de 2011. En él

expone que “el día 6-08-10 el paciente es trasladado a la planta de hospitalización, encontrándose hemodinámicamente estable y solicitándose una consulta a Neurología por su cuadro clínico, que lo valora el día 11 de agosto de 2010, con un diagnóstico inicial compatible con ictus, quedando pendiente de la realización de una resonancia./ El paciente, el día 13 de agosto de 2010 se encuentra, en la visita médica, asintomático para angina y disnea, presentando hipotensión y bradicardia sinusal en el electrocardiograma que (se) le practica, modificándose la pauta de tratamiento. Posteriormente es visto por el médico de guardia a las 18 horas por un cuadro de mareos, modificándose la medicación y pautándose sueroterapia, con mejoría clínica y encontrándose asintomático en una visita realizada a las 19:30 horas. A las 01:25 horas del día 14 de agosto de 2010 se avisa por apnea con parada cardiorrespiratoria, iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada que resultan ineficaces, siendo exitus a las 01:45 horas./ Durante el procedimiento se realiza un ecocardiograma que descarta taponamiento cardíaco”.

7. El día 2 de septiembre de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él refiere, en cuanto a los riesgos de la intervención quirúrgica a que se sometió el paciente, que “la mortalidad quirúrgica (a los 30 días) en las series de nuestro país rondan el 10% en mayores de 75 años, oscilando entre el 5% y el 15%. Los factores predictivos previos dependen de la comorbilidad asociada (...). Las complicaciones más frecuentes son las infecciones, fibrilación auricular (mucho más frecuentes en mayores de 75 años), bajo gasto cardíaco, infarto de miocardio e ictus”.

A continuación, señala que “el 12 de agosto se constata que el paciente está hemodinámicamente estable y con buena evolución cardiológica. Dada su tendencia a la hipertensión arterial (TA: 146/61, FC: 69 lpm), se añade un nuevo betabloqueante (Atenolol) en dosis de 50 mg/24 horas y Seguril 1

comp./24 horas en prevención de nuevas complicaciones (el paciente ya había sufrido un ictus) y se indica en la hoja de órdenes terapéuticas que se tomase la tensión arterial y se realizase un BM-test si el paciente presentase 'sudoración profusa'./ El ecocardiograma realizado el día 12 de agosto muestra una situación cardíaca estable, no evidenciándose signos de insuficiencia cardíaca. Ese día el paciente presenta palidez, sudoración y dolor en hemitórax derecho. A lo largo del día 13 de agosto se hacen un total de 10 controles de la situación hemodinámica del paciente, actuándose siempre en función de la evolución de la misma (se retira un betabloqueante y se disminuye a la mitad la dosis del segundo; posteriormente se retira el segundo y el Idaptán ante la persistencia de la bradicardia y se realiza sueroterapia con el fin de remontar la situación hemodinámica). En los ECG que se realizan no se evidencia ningún signo más que el de una bradicardia sinusal. El dolor torácico que refería el paciente tampoco tenía características anginosas (cuando es visto por el médico de guardia a las 18:00 horas no presentaba dolor torácico ni disnea). Con las medidas terapéuticas adoptadas se estabiliza de nuevo al paciente (45 minutos antes de su fallecimiento su TA era de 134/68 y la FC era de 62 lpm)".

Sostiene que "la indicación quirúrgica estaba perfectamente establecida, ya que el paciente presentaba una estenosis aórtica severa sintomática", y que "las complicaciones operatorias y posoperatorias que se presentaron (infarto de VD, arritmias supraventriculares, inestabilidad hemodinámica, encefalopatía post-CEC e ictus) son las típicas de este tipo de procedimientos, que el paciente y sus familiares conocían, como así lo manifiestan en su escrito de reclamación". Afirma que "la elevación de la tensión arterial que presentó tras su ingreso en la planta de hospitalización fue correctamente tratada, añadiendo un nuevo betabloqueante y un diurético. Este tipo de tratamiento, a las dosis utilizadas, también está indicado para la insuficiencia cardíaca. Los betabloqueantes fueron retirados de forma correcta cuando se presentó una circunstancia que está perfectamente establecida en la ficha técnica de estos

medicamentos (bradicardia e hipotensión)” y destaca, finalmente, que “en las exploraciones que se realizaron al paciente (ECO y ECG) no se evidenciaron signos de insuficiencia cardíaca”.

Concluye que “no existe nexo causal entre la atención sanitaria prestada al paciente y su fallecimiento, que es un riesgo importante y a veces inevitable en este tipo de pacientes, dadas sus características (edad avanzada, presencia de comorbilidad asociada como HTA, arteriosclerosis generalizada, claudicación intermitente de MMII de larga evolución y diabetes tipo II sin tratamiento previo al ingreso)”, y propone desestimar la reclamación.

8. Mediante escritos de 7 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio instructor 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.

9. Con fecha 30 de noviembre de 2011, a instancias de la entidad aseguradora, emite informe una asesoría privada, suscrito por un especialista en Cardiología. En él expone que “los demandantes afirman que acompañaban al paciente y que el mismo tenía mareos, sudoración y disnea (y) dolor torácico y dicen que las enfermeras les señalaron que eran los síntomas propios de los pacientes sometidos a este tipo de operaciones, por lo que no avisaron a los médicos. Revisando las notas de enfermería (documentos 132 hasta el 137), que abarcan desde el día 29/07 hasta su fallecimiento el 14/08, vemos que el día antes de la operación tenía TA sistólica elevada y le dieron Atenolol 50 mg y Valium 5 mg, con bradicardia sinusal. Una vez que volvió a la planta desde Cuidados Intensivos 07/08 dice: sin incidencias, asintomático, TA 115/75 FC 91 mit; retiro grapas de la herida quirúrgica (una parte), buena mañana; hay comentarios claros de los cuidados de los días 9, 10, 11 y 12, con las incidencias comentadas, TA, temperatura, saturación de oxígeno, estado

general del paciente; se menciona la visita de los médicos cuando fueron llamados, las mediciones de los niveles de glucemia (no hubo hipoglucemia que explicara sudoraciones y mareos, la mejoría de la TA tras los ajustes del tratamiento mencionados, la visita del neurólogo, la realización de un ecocardiograma y de dos EKG, uno de ellos con dolor torácico; el levantar el paciente a sillón y la tolerancia que tenía a la alimentación. Si se revisa esta documentación hay al menos 10 visitas y anotaciones”.

Sostiene que el infarto agudo de miocardio “puede ocurrir, sobre todo después de un by pass, por oclusión del mismo; se manifiesta por la aparición de nuevas ondas Q, de todos modos el dolor torácico es difícil de interpretar debido a la necesidad de analgesia en el posoperatorio y a la elevación enzimática propia de la operación”, y manifiesta que en este caso “pudo ocurrir un IAM perquirúrgico durante la cirugía cardíaca o poco después de ella y más en un paciente con lesiones coronarias en los tres vasos y con ateromatosis aórtica severa y difusa (hubo elevación de troponinas y de CK); también presentó un ACV y arritmias en la UCI, de donde salió consciente y con estabilidad hemodinámica. Un asunto importante es que el ecocardiograma del día 12/08, ya en planta, no mostró anomalías de la movilidad segmentaria del ventrículo izquierdo, lo que implica que al menos en ese momento era poco probable que hubiese ocurrido un IAM extenso, que suele producir este cambio en el ecocardiograma”.

Cuestiona el autor del informe “si cuando estaba en la planta de Cardiología presentaba los síntomas de un IAM o de una insuficiencia cardíaca y si la atención y el tratamiento fueron correctos”. En respuesta a esta cuestión señala que el paciente “no tuvo el dolor torácico típico de un IAM, había otras causas de dolor como la pericarditis (había derrame pericárdico) y el propio dolor de la cirugía (esternotomía), que respondió a los analgésicos”. Destaca que “los médicos acudieron cuando se les llamó, se le hicieron al menos 2 EKG sin signos de IAM, así como determinaciones de glucosa y de saturación de

oxígeno”, y que ha sido un caso de MSC (muerte súbita cardíaca) por IAM (infarto agudo de miocardio); la localización inferoposterior a veces tiene pocas manifestaciones en el EKG y, en ausencia de signos típicos de IAM, no suelen hacerse derivaciones posteriores V7 V8 V9 que lo ponen de manifiesto, pero al menos el día 12 en el ecocardiograma era el VD el que manifestaba cierto grado de disfunción (límite), esto se sabía desde la operación./ En todo caso ha sido una MSC por IAM en el periodo posoperatorio de un paciente de alto riesgo quirúrgico y esta complicación es una de las que pueden ocurrir en estos casos”.

10. El día 17 de enero de 2012, el Jefe del Servicio instructor comunica a la interesada que figura en primer lugar la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 30 del mismo mes uno de los interesados se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia íntegra de aquel, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

11. Con fecha 7 de febrero de 2012, el reclamante que ha comparecido en el trámite de audiencia presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones, formulado en su propio nombre, en el que manifiesta que “no se discute que existiese un riesgo de infarto agudo de miocardio, ni que la intervención quirúrgica llevada a cabo era un factor de riesgo evidente, ni que no se conociese el riesgo derivado de la misma, lo que se plantea en este caso es que el paciente llevaba ya al menos dos días con una clínica consistente en sudoración abundante (hubo incluso que cambiarle la ropa de cama en varias ocasiones), dolor torácico, mareos y palidez, con lo cual si a todo eso añadimos que acaba de salir de una intervención de corazón con un riesgo evidente de IAM, y que el paciente tenía 80 años (lo cual es un factor de riesgo añadido adicional), no hace falta ser muy listo para considerar todo

ese conjunto de factores como una evidencia clínica de un más que posible infarto. Pero es que además y partiendo de tal situación, según consta en la hoja de enfermería, se avisó al Servicio de Urgencias a las 01:15 horas, y estos llegaron a las 01:25 horas, es decir diez minutos más tarde, cuando el paciente estaba en un hospital, en la planta de Cirugía Cardíaca y al lado de la UCI de donde había salido pocos días antes y, como es sabido, la asistencia inmediata ante un IAM es primordial para la supervivencia del paciente, ya que las posibilidades de sobrevivir disminuyen alrededor del 10% por cada minuto que pasa, y pasados diez o doce minutos las posibilidades se reducen prácticamente a cero; y en este caso los médicos tardaron al menos diez minutos desde que se dio el aviso a Urgencias, por lo que cuando (...) llegaron ya no pudieron hacer nada para revertir la situación, por lo cual si hubiesen acudido nada más recibir el aviso es posible, e incluso probable, que pudiera haber superado la crisis, ya que los síntomas que presentaba eran exactamente idénticos a los que sufría antes de la intervención quirúrgica y que solventaba con una (o dos) cafinitrinas, no teniendo disponible el paciente tal medicamento ni ninguno similar para aplicarse ante una situación de urgencia como la que tuvo lugar./ Consideramos, por tanto, que se produjo una deficiente y negligente actuación médica, tanto en la detección del IAM sufrido como en la asistencia ante la crisis final que motivó el fallecimiento del paciente, reiterando todos los argumentos expuestos en nuestro escrito de reclamación previa, los que vienen confirmados con el contenido del expediente administrativo, por lo que se interesa se atienda la reclamación presentada”.

12. El día 27 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “los reclamantes manifiestan en su escrito de alegaciones que se tardaron 10 minutos en iniciar las maniobras de RCP con lo que se eliminó al 100% la posibilidad de supervivencia del paciente con IAM (a

razón de un 10% por cada minuto transcurrido). Esto no se sostiene a la luz de la evidencia científica, ya que significaría que todos los pacientes con infarto morirían si no se les atiende en 10 minutos. En relación con la no administración de cafinitrina, debe tenerse en cuenta que el paciente estaba en situación de parada cardiorrespiratoria, por lo que la administración de este fármaco es completamente inútil, siendo el tratamiento desfibrilador, la intubación y el uso de drogas vasoactivas el tratamiento indicado, como así se hizo. En cuanto a no avisar a la UCI 'que estaba al lado', debe tenerse en cuenta que no todas las plantas de hospitalización, en un hospital de 1.400 camas, cuentan con una UCI al lado. Lo que se hizo fue avisar a Urgencias, en cumplimiento del protocolo, siendo estos facultativos los que solicitaron la colaboración de la UCI una vez iniciadas las maniobras de reanimación. En definitiva, de toda la documentación obrante en el expediente se desprende que la asistencia prestada (...) fue correcta y adecuada a los criterios de la lex artis. Todas las complicaciones que fueron presentándose, inherentes a la patología que presentaba y conocidas por sus familiares, como reconocen en su escrito de reclamación, fueron correctamente tratadas, debiéndose su fallecimiento a la grave patología que presentaba y no a una incorrecta asistencia médica”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de marzo de 2012, registrado de entrada el día 16 del mismo mes, esa Presidencia solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, 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 los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 11 de agosto de 2011, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae

origen el día 14 de agosto de 2010, 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.- Los interesados pretenden ser indemnizados como consecuencia de la muerte de su esposo y padre, respectivamente, 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, por lo que cabe presumir que los reclamantes, por su cercano parentesco y vínculo conyugal, han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración económica más precisa que realizaremos únicamente en el caso de que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

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 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. Y tal criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensado a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar los hechos en los que funda su pretensión, así como de probar 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.

Sostienen los reclamantes que el fallecimiento del paciente se debió a una atención sanitaria "deficiente y negligente". Consideran que "todos los síntomas que presentaba" durante su ingreso en la planta de hospitalización eran "manifiestamente indicadores de una insuficiencia cardíaca aguda", y censuran al servicio público que, ante dicha sintomatología, no se adoptase "medida alguna para paliar tal situación". El reclamante que suscribe el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia añade a los reproches

anteriores una demora de diez minutos en la atención al paciente por parte del Servicio de Urgencias en los momentos previos al óbito, llegando a afirmar que “si hubiesen acudido nada más recibir el aviso es posible, e incluso probable, que pudiera haber superado la crisis”. Sin embargo, no aportan más prueba de las imputaciones que efectúan que su propia consideración de los hechos, reflejada en los escritos de reclamación y de alegaciones.

Los informes recabados por la Administración durante la instrucción del procedimiento rechazan que pueda identificarse infracción de la *lex artis* en la atención sanitaria objeto de reclamación. En el informe técnico de evaluación se refiere la situación “hemodinámicamente estable” del paciente y su buena “evolución cardiológica” en los días previos al fallecimiento. En ningún momento se ignoraron los signos clínicos que los reclamantes describen -palidez, sudoración y dolor torácico-, de los que dan cuenta las anotaciones obrantes en la historia clínica. Durante el ingreso en la planta de hospitalización se realizaron numerosos controles de la situación del paciente: tensión arterial, temperatura, niveles de glucemia, saturación de oxígeno, estado general, un ecocardiograma y dos electrocardiogramas -“uno de ellos con dolor torácico”, como se refleja en el informe elaborado a instancia de la aseguradora-, aunque aquellas pruebas no evidenciaron en ningún momento signos de insuficiencia cardíaca aguda ni de infarto. En particular, como se señala en el informe que acabamos de citar, el ecocardiograma realizado el día 12 de agosto “no mostró anomalías de la movilidad segmentaria del ventrículo izquierdo, lo que implica que al menos en ese momento era poco probable que hubiese ocurrido un IAM extenso”. Los mareos, sudoración y frialdad de miembros que presentó el día 13 de agosto coincidieron con los diagnósticos de hipotensión y bradicardia ocasionados por la medicación pautada para el control de la hipertensión arterial, que se corrigieron satisfactoriamente mediante sueroterapia y ajuste del tratamiento. Por otra parte, según se destaca en el informe elaborado a instancia de la aseguradora, el paciente “no tuvo el dolor torácico típico de un

IAM” -el cual era, además, “difícil de interpretar debido a la necesidad de analgesia en el posoperatorio y a la elevación enzimática propia de la operación”- y existían otras causas (pericarditis y esternotomía) que podían explicar el dolor que padecía y que había cedido unas horas antes del fallecimiento. Por último, no ha resultado probado que la tardanza de diez minutos en la atención por parte de los facultativos del Servicio de Urgencias haya anulado las posibilidades de supervivencia del paciente. Como se señala en la propuesta de resolución, dicha tesis “no se sostiene a la luz de la evidencia científica, ya que significaría que todos los pacientes con infarto morirían si no se les atiende en 10 minutos”.

Por ello, este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, que no ha quedado demostrada una mala praxis del servicio público sanitario a la que pudiera ser imputable el fallecimiento por el que se reclama. La evolución tórpida del proceso que desencadenó el óbito está relacionada con la materialización de un riesgo típico, esto es, un riesgo que se encuentra dentro de los posibles en el desarrollo de la cirugía a la que fue sometido; complicación que, por otra parte, el paciente y su familia conocían, como resulta del propio escrito de reclamación. Sin embargo, la posibilidad de materialización de aquel riesgo no altera, como parecen pretender los reclamantes, el régimen de responsabilidad del servicio público sanitario, al que no es exigible un diagnóstico preciso de la patología antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos. No cabe, por tanto, entender acreditada una infracción de la *lex artis*, ni que nos hallemos en presencia de un daño antijurídico, lo cual convierte en innecesaria la realización de cualquier consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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.