

Expediente Núm. 61/2014
Dictamen Núm. 75/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de abril de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 27 de febrero de 2014 -registrada de entrada el día 6 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su familiar que atribuye a la asistencia que se le dispensó en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de marzo de 2013, la interesada, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de su madre y hermanos, presenta en el registro de una oficina de la Tesorería General de la Seguridad Social en Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida a la

Consejería de Sanidad, por el fallecimiento de un familiar que atribuye a la asistencia que se le dispensó en el Hospital "X".

Expone que el día 7 de noviembre de 2011 el paciente "acude al Servicio de Salud Andaluz (...) por dolor en miembro inferior izquierdo" y que, tras varias derivaciones, "se sospecha que padece una trombosis ilíaca izquierda", por lo que "se valora una posible intervención quirúrgica que él, mostrándose conforme, en caso de ser necesaria decide realizarla en Asturias, lugar a donde se traslada con un informe donde se pide valoración por Cardiología y Cirugía Vascul ar de forma preferente en su centro de referencia", precisando que "todo esto tiene lugar el día 08-11-2011".

Ya en Asturias, el 13 de noviembre de 2011 "acude por Urgencias al Hospital "X" (...) donde le diagnostican 'tromboflebitis venosa profunda' y se le pide consulta preferente a Cardiología y Hematología, pero no a Cirugía Vascul ar".

El día 11 de enero de 2012 es visto en Cardiología, diagnosticándosele una "miocardiopatía dilatada persistente con disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo y fibrilación auricular persistente", que -según indica- ya se había apreciado en "1997".

A continuación refiere dos ingresos hospitalarios en el Servicio de Cardiología: el primero, desde el 15 hasta el 25 de enero de 2012, por disnea y angor, "con diagnóstico de angina inestable y enfermedad coronaria de un vaso" (ya tratado con stent convencional en el Hospital "Y"), y el segundo, desde el 3 al 6 de febrero de 2012, por insuficiencia cardíaca.

Señala que el día 12 de febrero de 2012 acude de nuevo al Hospital "X" "por dolor intenso en la pierna izquierda" -aclarando que en el informe figura pierna derecha- "y tumefacción local (...). Se limitan a descartar flebitis y le envían a casa con analgesia y antiinflamatorios. En ningún momento se vuelve a valorar por Cirugía Vascul ar la posible intervención quirúrgica".

A los dos días acude al mismo hospital "con intenso dolor en miembro inferior izquierdo" y el médico de Urgencias, "ante la insistencia de la familia, decide enviarlo al Servicio de Cirugía Vascul ar (...), no por la exploración física,

sino por los antecedentes del paciente". Ese mismo día -14 de febrero de 2012- ingresa en el Hospital `Y`, es valorado por el Servicio de Cirugía Vascul ar y se objetiva "a la exploración física ausencia de pulsos poplíteos y distales en miembro inferior izquierdo, siendo intervenido quirúrgicamente" el 23 de ese mismo mes. La reclamante hace constar "la necesidad de estabilizar al paciente durante los días que mediaron desde el ingreso hasta la intervención debido al mal estado en el que ingresó".

Tras reseñar que "el día 22-03-2012 (...) sufre un ictus (...) en arteria cerebral media izquierda" y que estuvo ingresado ocho días, hasta el 30 de marzo de 2012, indica que el 3 de abril vuelve a ingresar "con fuerte dolor abdominal y nauseas" en el Hospital "X", donde, "teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, se diagnostica la dolencia como `sospecha de isquemia mesentérica e intestinal´". La interesada subraya que "no se traslada al paciente a ningún Servicio de Cirugía Vascul ar, a pesar de que cuando fue diagnosticada una isquemia arterial subaguda sí se consideró necesaria una consulta a Cirugía Vascul ar".

Afirma que el paciente falleció a las 18:17 horas del día siguiente, 4 de abril de 2012, y pone de relieve que "transcurrieron por tanto 29 h durante las cuales no fue visto ni valorado por ningún Servicio de Cirugía Vascul ar", aunque este Servicio del Hospital "Y" "llevaba el seguimiento" del mismo.

La reclamante concluye que "recibió asistencia médica especializada en Cirugía Vascul ar tres meses después de haber sido propuesta por el hospital especializado de Granada, dado que no fue hasta el día 23 de febrero de 2012 cuando fue intervenido quirúrgicamente". Entiende que si no se hubiera esperado tres meses para realizar la operación se habrían podido evitar los "incontables" ingresos por Urgencias en el Hospital "X" y la necesidad de estabilizar al paciente durante más de una semana antes de practicar aquella. Considera que "también se ha de tener en cuenta que tras la intervención quirúrgica tardía el paciente (...) sufrió nuevamente un ictus en arteria cerebral media izquierda", especificando que "se trata de una isquemia; dolencia de la que había sido tratado e intervenido" en el Hospital "Y" tras su traslado desde

el Hospital "X". Sin embargo, "cuando el día 3 de marzo de 2012 ingresó nuevamente en el centro hospitalario 'X' y se le diagnosticó 'sospechosa isquemia mesentérica e intestinal' no solo no se trasladó al paciente" al Hospital "Y", "sino que no fue atendido por ningún médico durante las 29 horas que transcurrieron hasta su fallecimiento, a pesar de su historial clínico, donde constan las isquemias anteriormente tratadas" en el referido hospital.

Aprecia "la existencia de una negligencia médica en la asistencia y tratamiento del paciente (...) por parte del Hospital 'X' que trajo consigo su fallecimiento", y cita, al respecto, jurisprudencia reciente del Tribunal Supremo en la que se declara la existencia de responsabilidad civil por parte de los centros hospitalarios cuando, por "implantación de un sistema de guardias, se interfiere en el acto médico posibilitando no esencialmente, pero sí con una incidencia importante, el resultado causado" (Sentencia de 24 de mayo de 2012 -Sala de lo Civil, Sección 1.ª-).

Solicita una indemnización por importe total de ciento treinta y nueve mil trescientos veintitrés euros con cuarenta y nueve céntimos (139.323,49 €), de los cuales 83.594,11 € corresponderían a la viuda y 9.288,23 € a cada uno de los seis hijos, más los intereses que procedan desde la fecha del fallecimiento.

2. Mediante escrito de 10 de abril de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del 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. Asimismo, la requiere para que proceda a acreditar el parentesco de todos los reclamantes con el perjudicado y la representación que dice ostentar.

Con fecha 7 de mayo de 2013, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que enumera la documentación que adjunta: informes médicos relacionados en el escrito de reclamación, certificado de matrimonio de sus padres, certificado de nacimiento

de los hijos habidos en el matrimonio y poder notarial otorgado, el día 2 de mayo de 2013, a su favor por su madre y sus hermanos.

Entre los informes médicos que acompaña figuran los siguientes: a) Informe de alta del Servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades, del Servicio Andaluz de Salud, de 8 de noviembre de 2011, sobre "valoración vascular". En el apartado relativo a juicios clínicos consta "trombosis ilíaca izq.", y como tratamiento y recomendaciones, entre otros, "valoración por Cardiología y Vascular, de forma preferente, en su centro de referencia". b) Informe de alta del Servicio de Urgencias del Hospital "X", de 13 de noviembre de 2011, sobre un ingreso por "trombosis de ilíaca. Arritmia". En el apartado de enfermedad actual se indica que se trata de un "paciente ingresado en hospital de Granada y dado de alta con dco. de trombosis ilíaca izda. y ac x fa. Es derivado a nuestro hospital para valoración por Hematología y Cardiología". Como tratamiento figura que se solicita "valoración preferente a consultas de Cardiología y Hematología de acuerdo con informe de hospital de Granada". c) Informe del Servicio de Cardiología del mismo hospital, de 11 de enero de 2012, por revisión. En él se señalan los antecedentes de "trombosis ilíaca. Enfermedad vascular periférica con obstrucción aorto-bifemoral bilateral en seguimiento" por Cirugía Vascular del "Y". La impresión diagnóstica es de "miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa de VI. NYHA III/IV./ FA persistente", y se recomienda "revisión con ecocardiograma en 1 mes para comprobar evolución clínica y valorar realizar cateterismo cardiaco-CV eléctrica". d) Informe de alta del Servicio de Cardiología del Hospital "X", de 25 de enero de 2012, relativo a un ingreso el día 15 del mismo mes por "disnea y angor". Como impresión diagnóstica figura "angina inestable./ Enfermedad coronaria de un vaso. Stent en DA". e) Informe de alta del mismo Servicio, de 6 de febrero de 2012, tras otro ingreso el 3 del mismo mes, por "aumento de su disnea". La impresión diagnóstica es de "insuficiencia cardíaca izda. con buena evolución". f) Informe de alta del Servicio de Urgencias del mismo hospital, datado el 13 de febrero de 2012, por "dolor MID", en el que se refleja que "se descarta flebitis en el momento actual". g) Informe del Servicio de Cirugía

Vascular del Hospital "Y", de 1 de marzo de 2012, relativo a un ingreso el 14 de febrero de 2012 por "isquemia crónica grado III. MMII". Consta en él que el día 27 de febrero se le practicó una "endarterectomía de arteria femoral + profundoplastia con parche de arteria femoral superficial MII". h) Informe de alta de la Unidad de Ictus del Hospital "Z", de 30 de marzo de 2012, "tras presentar un ictus en territorio de ACM izquierda el día 13-03-2012". i) Informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X", de 25 de junio de 2012, en el que se deja constancia del fallecimiento del paciente el día 4 de abril de 2012, constando como diagnóstico "sospecha de isquemia intestinal./ Enfermedad vascular severa y generalizada./ Parada cardiorrespiratoria".

3. Con fechas 23 y 28 de mayo de 2013, el Subdirector de Gestión del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios el historial clínico del paciente y los informes emitidos por los Servicios de Urgencias, de Medicina Interna y de Cardiología.

Obran en la historia clínica, entre otros documentos, y además de los que adjunta la reclamante a su escrito inicial, los siguientes: a) Informe de petición de Doppler de miembros inferiores venoso, de 12 de febrero de 2012, en el que se anota que "no hay evidencia de imágenes que sugieran trombosis venosa profunda a ningún nivel del sector ilíaco femoropoplíteo". b) Informe de alta del Servicio de Urgencias, de 14 de febrero de 2012, relativo a un ingreso por "persistir dolor y edema" en pierna izquierda. Consta su traslado al Hospital "Y" para valorar por Cirugía Vascular. c) Informe de alta del Servicio de Urgencias, de 13 de marzo de 2012, sobre un ingreso por "bajo nivel de conciencia". d) Informe de alta de Urgencias, de 3 de abril de 2012, tras un ingreso por "disnea". Se decide ingreso en Medicina Interna dada la situación cardiológica del paciente. e) Notas de progreso relativas al curso clínico del paciente en el Servicio de Medicina Interna, en las que se anota, el día 3 de abril de 2012, a las 16:48 horas, anamnesis, exploración física, pruebas complementarias con eco-tac -que muestra "marcada dilatación gástrica y a nivel de intestino delgado"- e impresión diagnóstica de "abdomen agudo en el

contexto de una insuficiencia cardíaca crónica agudizada asociada con fibrilación auricular” y, el día 4 de abril, a las 11:54 horas, “sospecha de isquemia intestinal./ Enfermedad vascular severa y generalizada./ En el último mes ha tenido un ictus además de lo de la arteriopatía. Familia informada. Si precisa muchos rescates, de acuerdo con sedar”.

El Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital “X” hace constar que “las informaciones contenidas en el presente informe han sido extraídas de la documentación clínica disponible”, relatando a continuación la asistencia dispensada al paciente los días 13 de noviembre de 2011 y 15 de enero; 3, 12 y 14 de febrero; 13 de marzo, y 4 de abril de 2012, así como los signos que presentaba. Especifica que en el informe del día 15 de enero de 2012 “no se hace referencia a ningún problema actual o agudización de su patología de miembros inferiores” y que “desde su consulta en Urgencias el 13 de noviembre de 2011 al 15 de enero de 2012 no consta ninguna consulta en este Servicio por patología vascular de extremidades”. Precisa que el día 3 de febrero de 2012 “se constata (...), en la historia de Urgencias, como síntoma secundario, dolor en miembros inferiores, pero sin apreciar durante el ingreso signos inflamatorios a ese nivel. Esta queja figura, de nuevo, en una ocasión durante el ingreso./ El día 8 de febrero es dado de alta (...). No se hace ninguna referencia diagnóstica a patología vascular agudizada en miembros inferiores. Tampoco hay ninguna anotación en la que se haga constar el interés de la familia en ser visto en Cirugía Vascular” del Hospital “Y”. Añade que el día 12 de febrero de 2012 “acude a Urgencias por dolor en miembro inferior derecho. No se objetivaron signos de flebitis ni se estimó la necesidad de remitir de forma urgente al paciente a Cirugía Vascular”.

El día 16 de mayo de 2013, el Jefe del Servicio de Medicina Interna señala que “la Sección de M. Interna únicamente entró en contacto con el citado paciente las últimas 24 horas antes de su fallecimiento (...). La afirmación de que el paciente no fue atendido durante las 29 horas anteriores a su fallecimiento falta a la verdad, ya que independientemente de la atención prestada en el Servicio de Urgencias, en el Servicio de M. Interna fue atendido

por el médico de guardia del Servicio”, remitiéndose a las anotaciones que figuran en la historia clínica electrónica. Aclara que ante la sospecha de isquemia mesentérica intestinal no estaba indicado el traslado al Hospital “Y” “en un paciente de las características” del padre de la reclamante, “con 79 años, diabetes mellitus e hipertensión arterial, en una situación de grave deterioro por arterioesclerosis generalizada con afectación cardíaca, renal, cerebral y periférica. Asimismo, como consta en el informe de Urgencias, el paciente ingresa en M. Interna debido a su situación cardiológica, por presentar insuficiencia cardíaca severa en situación de preedema de pulmón; dicha situación, que contraindicaría cualquier abordaje quirúrgico, se comunicó a la familia, constando en (la) historia clínica incluso que aceptan la no adopción de medidas agresivas, haciéndose referencia expresa, por parte del médico de guardia del Servicio, a que la familia está de acuerdo, dada la situación del paciente, en la sedación del mismo en el momento en que se considere oportuno”. A su juicio, el fallecimiento “se produce como consecuencia de la grave y extensa arterioesclerosis que presentaba, motivada por su avanzada edad, la presencia de diabetes, HTA, hábito tabáquico muy importante durante muchos años. Dicha alteración vascular afectaba a múltiples territorios: arterias periféricas en miembros inferiores, arterias renales, arterias cerebrales, arterias mesentéricas y arterias coronarias y había originado lesiones importantes en diferentes órganos diana y que desde luego excedía, con mucho, el ámbito y las posibilidades de tratamiento de la especialidad de Cirugía Vascular, que ya había realizado en el mes de febrero la intervención quirúrgica que consideró indicada”.

Con fecha 27 de mayo de 2013, un facultativo -según parece- del Servicio de Cardiología refiere que el fallecido era conocido de la Unidad y fue evaluado en varias ocasiones, estando diagnosticado de diabetes insulínica y de miocardiopatía dilatada con episodios de insuficiencia cardíaca. Ingresa en el año 2012 por reagudización de su disnea habitual (...). En este ingreso se confirma un deterioro de la función ventricular”. Afirma que ya se le había indicado en el “informe de alta (de) 2002 la conveniencia de una

coronariografía que por motivos personales fue pospuesta (...), objetivándose cuando fue realizada una enfermedad coronaria de un vaso, implantándose un stent convencional en DA". Destaca un nuevo ingreso del paciente en situación de insuficiencia cardíaca en febrero de 2012, precisando que "en esta ocasión estaba en fibrilación auricular y ya seguía tratamiento anticoagulante y (...) antiagregante", y añade que en marzo de 2012 "fue intervenido de un proceso crónico (...). Parece ser que presentó posteriormente un ACV que no guarda relación con el proceso anterior, sino más bien con su proceso de deterioro de todo el sistema vascular./ El paciente ingresa por un dolor abdominal, siendo diagnosticado (...) de una isquemia aguda mesentérica que posteriormente es la causa última de su fallecimiento (...). Aunque fuese visto por Cirugía Vasculat 24 horas antes no hubiesen realizado ninguna actitud intervencionista como preventiva de su proceso que le desencadena el exitus". Concluye que "se trata de un paciente diabético insulino-dependiente con una miocardiopatía dilatada y episodios de insuficiencia cardíaca que una vez que cae en fibrilación auricular estuvo a tratamiento anticoagulante", y que "esta prevención puede ser útil para prevenir mecanismos embólicos pero no para ocasionar la arterioesclerosis generalizada que este paciente presentaba, como lo demuestra la intervención de endarterectomía femoral que, insisto, parece ser algún episodio subagudo y no de tipo embólico. Lógicamente, igual que había un deterioro de las arterias femorales también existiría de las arterias mesentéricas que, en este caso, ocasiona la muerte y que no se podría beneficiar de una actitud intervencionista por parte de Cirugía Vasculat".

4. El día 17 de julio de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita al Hospital "Y" la historia clínica del paciente y los informes de los Servicios de Cirugía Vasculat y de Neurología.

Mediante oficios de 22, 30 y 31 de julio de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite la documentación solicitada al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios.

En la historia clínica figuran, entre otros documentos, la hoja de curso clínico del Servicio de Cirugía Vascul ar II, en la que se refleja, el 21 de febrero de 2001, que fue "remitido por dolor pantorrilla izq. desde hace 6 meses./ Refiere C.I. a los 500 m", y que no acudió a consulta el 8 de abril de 2002.

El día 29 de julio de 2013, el Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar informa que "conocía al paciente desde el año 2001, en que fue visto en primera consulta por una posible claudicación intermitente a unos 500 metros en pantorrilla izquierda. Destacaban ya entre sus antecedentes los siguientes: Ex fumador. Hipertensión arterial y dislipemia. Diabetes mellitus, con afectación sistémica produciendo una retinopatía diabética, afectación renal e isquemia de (miembros) inferiores. También refería una miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular grave desde 1997 y episodios de insuficiencia cardíaca. Se diagnosticó de isquemia crónica por estenosis-obstrucción femoropoplíte a izquierda y distal a poplíte a derecha, apreciándose en la exploración calcificación importante de arterias femorales. Se instauró tratamiento médico añadiendo antiagregantes a la medicación que él tenía". Consigna que "el último ingreso en el Servicio de Cirugía Vascul ar lo hace a través de Urgencias el 14 de febrero de 2012, refiriendo una historia de 3 meses de evolución. Encontrándose entonces, tres meses antes, el paciente en Granada fue diagnosticado de un 'trombo' en la arteria ilíaca izquierda, por lo que le aconsejaron intervención quirúrgica urgente que no aceptó, decidiendo que se la harían en Asturias. El día del ingreso es enviado a Urgencias por presentar dolor en reposo en la referida extremidad inferior izquierda, con un pie aceptablemente compensado que permitía realizar los estudios preoperatorios a ritmo normal y su programación posterior. En dichos estudios se evidenció una insuficiencia renal crónica, solicitando consulta al Servicio de Nefrología y preparando al paciente para realizar la correspondiente arteriografía diagnóstica el día 23 de febrero, con la protección renal pertinente. Se interviene el día 27 de febrero realizándole endarterectomía femoral y profundoplastia con parche de arteria femoral superficial en miembro inferior izquierdo, consiguiendo la revascularización de la extremidad, según figura en

el informe de alta de fecha 1 de marzo de 2012./ Durante su ingreso se logró que desapareciera el dolor en reposo en la extremidad citada y la recuperación muy notable de su insuficiencia renal (...), que pueden considerarse próximas a la normalidad". Concluye que "no hay, por tanto, constancia de que el periodo de tiempo transcurrido entre su diagnóstico en Granada y la intervención en nuestro Servicio haya tenido influencia alguna en la resolución del proceso".

En relación con el ictus, el Servicio de Neurología informa, el día 30 de julio de 2013, que "los estudios complementarios realizados demostraron la existencia de ateromatosis en los vasos cérvico-cefálicos, descartándose, sin embargo, la posibilidad de estenosis significativas a dicho nivel. Por todo ello el ictus fue considerado de origen cardioembólico (fibrilación auricular y miocardiopatía dilatada con severa disfunción ventricular)".

5. Con fecha 20 de agosto de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que el paciente, "diagnosticado de una enfermedad aterosclerótica avanzada, con importante repercusión a nivel cardíaco, renal, cerebral y periférico, presentó un episodio de isquemia arterial aguda/subaguda correctamente diagnosticada en Andalucía; a su vuelta a Asturias, Hospital "X", no se confirma de forma adecuada el diagnóstico realizado, ni se realiza la derivación solicitada preferente a C. Vascular. Este episodio", según el Jefe del Servicio de Cirugía Vascular, "no influye en la resolución del cuadro de isquemia arterial, pues el paciente es intervenido en febrero de 2012, remitiendo la clínica de dolor y claudicación. El resto de (...) incidencias clínicas, en forma de ingresos anteriores y posteriores (...), fueron consecuencia de la avanzada enfermedad cardiovascular del paciente y tratadas de acuerdo a las posibilidades de cada caso, hasta que el último episodio, en forma de isquemia mesentérica e isquemia cardíaca descompensada, no permitió más que un tratamiento paliativo del paciente".

6. Mediante oficio de 27 de agosto de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una 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.

7. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, y suscrito el 25 de septiembre de 2013 por un especialista en Cirugía Cardiovascular. En el apartado relativo a consideraciones médicas afirma que “la enfermedad arterial es una enfermedad evolutiva e inexorable, incurable, que va cerrando arterias” y que “con el tiempo todos, absolutamente todos los pacientes, terminan (...) desarrollando trombosis, y un porcentaje altísimo amputados y/o muriendo”. Sobre la isquemia arterial crónica de miembros inferiores, señala que “es el resultado de una aterosclerosis generalizada consecuencia de los mismos factores de riesgo vascular que el ictus o la cardiopatía isquémica, y aparece como consecuencia de la disminución lenta y progresiva del flujo sanguíneo y por tanto del aporte de oxígeno a los grupos musculares de los miembros inferiores durante el ejercicio. El desarrollo de circulación colateral permite que la isquemia tisular no se manifieste hasta que la obstrucción supere el 70% de la luz del vaso, apareciendo entonces el síntoma cardinal de esta patología, que es la claudicación intermitente (dolor muscular durante la deambulación que cede con el reposo)”. Por lo que se refiere a la isquemia mesentérica, indica que “el infarto intestinal es el evento final de diferentes patologías médicas y quirúrgicas que comprometen la circulación visceral, sea en forma focal o difusa. Una vez alcanzada la fase de necrosis, las manifestaciones clínicas de abdomen agudo y el compromiso hemodinámico de tipo séptico que suelen acompañar al infarto intestinal señalan al cirujano que está frente a una batalla perdida”. Concluye que “el paciente podía haber acudido por Urgencias al Hospital ‘Y’ a su vuelta de Andalucía si hubiese querido sin necesidad de pasar” por el Hospital “X”, “evitando así la espera (...). De cualquier forma esa espera” por la intervención quirúrgica vascular “no modificó el buen resultado

final (...). Ante un cuadro de trombosis mesentérica en un paciente añoso, con cardiopatía isquémica descompensada, en insuficiencia cardíaca, no cabe tratamiento quirúrgico de revascularización intestinal y/o resección de las áreas afectadas, solo está indicado tratamiento paliativo con sedación hasta su fallecimiento; tratamiento que se acordó con la familia (...). Los distintos procesos que completan su largo historial clínico tienen un origen común, la arterioesclerosis, pero al ser distintos órganos los afectados, como son: insuficiencia renal, enfermedad arterial periférica, ictus, cardiopatía isquémica antigua que se descompensa el 3-4-2012 y trombosis mesentérica, deben ser atendido por distintas especialidades médicas y/o quirúrgicas como se vino haciendo, no solo por Cirugía Vasculardel Hospital "Y".

8. El día 13 de diciembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria notifica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Mediante escrito remitido a la interesada el 14 de enero de 2014, le notifica la apertura de un nuevo trámite de audiencia, tras instar ella la ampliación del plazo.

Con fecha 31 de enero de 2014, la interesada presenta un escrito de alegaciones en una oficina de correos en el que insiste en que su padre no fue intervenido quirúrgicamente hasta el día 23 de febrero de 2012, "a pesar de ser propuesta la necesidad urgente de dicha intervención meses antes".

Reitera que ha existido un error en la asistencia que se le dispensó al hoy fallecido el día 13 de noviembre de 2011, al solicitársele valoración preferente por los Servicios de Cardiología y de Hematología y no por los Servicios de Cardiología y de Cirugía Vasculardel Hospital "Y", como tenía pautado.

Frente a lo indicado en el informe emitido por el especialista en Cirugía Vasculardel Hospital "X", manifiesta que "por la situación del domicilio" el paciente estaba adscrito al Hospital "X" y no al Hospital "Y", y que al primero le "corresponde enviar a sus pacientes al segundo cuando carece de los servicios" necesarios

para su tratamiento. Entiende que “la sugerencia-conclusión” de este informe “no es más que una evidencia del mal funcionamiento de los servicios sanitarios”.

Estima que el día 12 de febrero de 2012 no se le diagnosticó al paciente la dolencia que manifestaba, que “se descarta flebitis (es que no la tiene), pero no dice lo que tiene, le están dando un tratamiento sintomático (...) y dos días más tarde tenía una isquemia crónica (...), un grado III, se va haciendo con el tiempo”.

Manifiesta que “si fue derivado el día 14 de febrero de 2012” al Hospital “Y” por “los antecedentes del paciente”, es que “no es hasta” ese día cuando se tienen en cuenta esos antecedentes y, “por tanto, la necesidad de una intervención por parte de Cirugía Vascul ar, a pesar de haber sido ya propuesta (...) en el mes de noviembre”. Entiende que el grave deterioro que presentaba “se podría haber evitado si no se hubiesen esperado tres largos meses para realizar la intervención quirúrgica ya propuesta por el centro sanitario de Granada”. Añade que “de haberse realizado la referida intervención con el carácter urgente que se le otorgó en un inicio los resultados habrían sido mejores, habrían sido normales y no próximos a la normalidad”, como refleja el informe del Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar.

Sostiene que el día 3 de abril de 2012 se “sospecha isquemia mesentérica. Miocardiopatía dilatada severa en situación ICC” que no se confirma en ningún momento. Teniendo en cuenta que el Servicio de Cirugía Vascul ar del Hospital “Y” llevaba el seguimiento del paciente, “era su obligación” derivarlo a ese hospital. Sin embargo, “no fue atendido por ningún médico especializado en vascular durante las 29 horas que transcurrieron hasta su fallecimiento, a pesar de que en su historial clínico ya constaban las isquemias”.

Respecto al informe del Servicio de Medicina Interna, “considera que, aunque la situación del paciente excediera con mucho del ámbito de tratamiento de la especialidad de Cirugía Vascul ar el día 4 de abril (...), la

enfermedad no se habría agravado hasta ese punto si se hubiera tratado por los especialistas en Vascular a su llegada de Granada”.

Concluye que, “a pesar de no existir certeza alguna de que la derivación” al Hospital “Y” “hubiera podido curar al paciente, ni mucho menos haber evitado su defunción, lo que resulta innegable para esta parte es la existencia de una pérdida de oportunidad médica que conlleva la responsabilidad de la Administración sanitaria”.

9. Con fecha 13 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Argumenta que, “en el caso que nos ocupa, aunque el paciente fue correctamente diagnosticado en Andalucía de un episodio de isquemia arterial aguda/subaguda y, al volver a su lugar de residencia no se realizaran los estudios precisos para confirmar el diagnóstico, y fuera tardíamente enviado a un servicio especializado de Cirugía Vascular, esta demora no influyó en la satisfactoria resolución del cuadro de isquemia arterial que presentaba. Tampoco este retraso, ni la supuesta negligencia en la atención médica recibida que pretenden los reclamantes, están en el origen de la negativa evolución posterior hasta el fallecimiento. La causa última de ello está en la severa arteriosclerosis generalizada del paciente y en la grave afectación de varios órganos vitales, lo que condicionó un rápido e inexorable deterioro que en último extremo se expresó en forma de un cuadro de trombosis mesentérica, que en las condiciones del paciente contraindicaban cualquier gesto quirúrgico y aconsejaban la aplicación de las medidas paliativas acordadas con la familia por los médicos actuantes./ Finalmente, la afirmación de los reclamantes de que el perjudicado no fuera valorado por especialista alguno durante su último ingreso” en el Hospital “X” “no responde a la realidad de lo ocurrido, pues fue atendido el día de su ingreso por el internista de guardia y el siguiente por el médico adjunto de Medicina Interna responsable de su caso”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de febrero de 2014, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, 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 -esposa e hijos del paciente fallecido- activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 27 de marzo de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 4 de abril de 2012, 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.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que la interesada atribuye a la asistencia dispensada a su padre y a la que vincula su fallecimiento.

Consta el óbito del paciente en un hospital público en cuyo servicio de Urgencias había ingresado el día anterior con sospecha de isquemia intestinal, por lo que debemos apreciar que los reclamantes -parientes directos del mismo- han sufrido un daño moral susceptible de ser reclamado.

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 interesados 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.

Los reclamantes atribuyen el fallecimiento a la violación de la *lex artis* en el curso del complejo y dilatado proceso asistencial de un paciente aquejado de una "enfermedad vascular severa y generalizada" que culminó en una "isquemia intestinal" y en una "parada cardiorrespiratoria". Dada la concatenación de causas que exponen, resulta necesario examinar la asistencia prestada en momentos temporalmente distantes y en relación con manifestaciones mórbidas múltiples, aunque todas ellas vinculadas con la enfermedad de base de aquel, una severa arteriosclerosis generalizada.

En efecto, consta en el expediente que el día 8 de noviembre de 2011 un hospital de Andalucía le apreció al hoy fallecido una trombosis ilíaca izquierda y que le recomendó valoración por Cardiología y por Cirugía Vasculuar, de forma preferente, en su centro de referencia.

El paciente fue valorado por el Servicio de Cardiología del Hospital "X" el 11 de enero de 2012, y por el Servicio de Cirugía Vasculuar del Hospital "Y" el 14 de febrero de 2012. Asimismo, el día 27 del mismo mes este último Servicio le practicó una endarterectomía de arteria femoral y una profundoplastia con parche de arteria femoral superficial en miembro inferior izquierdo.

También consta que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "X" el 25 de enero de 2012 por disnea y angor, el 12 de febrero de 2012 por dolor en la pierna izquierda y el 14 del mismo mes por dolor y edema persistentes en

pierna izquierda, siendo derivado este día al Hospital "Y". Igualmente, que el 13 de marzo de 2012 fue atendido por ictus en arteria cerebral media izquierda.

Los reclamantes consideran que si no se hubiera demorado la intervención quirúrgica vascular se habrían podido evitar los ingresos hospitalarios sucesivos que su padre precisó, así como el deterioro de su estado, que requirió estabilización antes de ser intervenido. También reprochan falta de asistencia especializada el 3 de abril de 2012, día anterior al fallecimiento, en el que se sospechaba isquemia mesentérica intestinal. En consecuencia, aprecian una negligencia médica en la asistencia y tratamiento del paciente que consideran causante de su fallecimiento.

En el trámite de audiencia, se oponen a los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento y concluyen que, "a pesar de no existir certeza alguna de que la derivación" al Hospital "Y" "hubiera podido curar al paciente, ni mucho menos haber evitado su defunción, lo que resulta innegable para esta parte es la existencia de una pérdida de oportunidad médica que conlleva la responsabilidad de la Administración sanitaria".

Ahora bien, aunque los datos relativos a la prestación de la asistencia avalan la apreciación de un retraso en la derivación del paciente al Servicio de Cirugía Vascular -y así lo reconoce la propuesta de resolución-, lo cierto es que los interesados no han aportado prueba alguna que, en el plano fáctico, nos permita vincular dicha circunstancia con el fallecimiento de su familiar, pesando sobre ellos la carga de acreditar dicha relación causal. Dado que nos encontramos ante una cuestión médica, sus manifestaciones no son suficientes para satisfacer esa carga. Tampoco han probado las oportunidades de curación de que aquel disponía a la luz de su situación clínica y cuya pérdida vinculan al funcionamiento del servicio público sanitario.

Por el contrario, todos los informes emitidos en el procedimiento establecen como causa del fallecimiento la grave arterioesclerosis que el paciente presentaba, que afectaba a múltiples territorios y había causado lesiones en órganos diana.

Así, el Servicio de Medicina Interna afirma que 24 horas antes de su fallecimiento ingresa con insuficiencia cardíaca severa en situación de preedema de pulmón, lo que, con sus antecedentes patológicos, contraindicaría cualquier abordaje quirúrgico. En el mismo sentido se manifiesta el informe emitido por la asesoría privada al indicar que “ante un cuadro de trombosis mesentérica en un paciente añoso, con cardiopatía isquémica descompensada, en insuficiencia cardíaca, no cabe tratamiento quirúrgico de revascularización intestinal y/o resección de las áreas afectadas, solo está indicado tratamiento paliativo con sedación hasta su fallecimiento”. Finalmente, el Servicio de Cirugía Vascolar descarta que los tres meses que transcurrieron desde que -en Granada- se le diagnosticó al perjudicado un trombo en la arteria ilíaca izquierda y se le realizó una endarterectomía femoral en el Hospital “Y” hayan tenido influencia alguna en la resolución del proceso. A la vista de ello, debemos concluir que la falta de intervención del Servicio de Cirugía Vascolar en ese periodo fue irrelevante.

Por lo que se refiere al accidente cerebro-vascular sufrido por el pariente de los interesados, el Servicio de Neurología actuante sostiene que el mismo tuvo un origen cardioembólico. En relación con ello, consta en el expediente que ya en el año 2001 el paciente había sido derivado al Servicio de Cirugía Vascolar del Hospital “Y” por dolor en pantorrilla izquierda de 6 meses de evolución, y que refería claudicación intermitente a los 500 metros. También que se le diagnosticó isquemia crónica por estenosis-obstrucción femoropoplítea izquierda y distal a poplítea derecha, apreciándose en la exploración una calcificación importante de arterias femorales, por lo que se instauró tratamiento médico, añadiendo antiagregantes a la medicación que tenía, y se le indicó revisión el 8 de abril de 2002, a la que no asistió; tampoco solicitó una nueva consulta por este motivo hasta noviembre de 2011, cuando acudió a un hospital de Andalucía. Asimismo, se constata en aquel un seguimiento del paciente por el Servicio de Cardiología por miocardiopatía dilatada con episodios de insuficiencia cardíaca, y que el día 3 de abril de 2012 fue atendido por los Servicios de Urgencias y de Medicina Interna.

En suma, no cabe establecer una relación de causalidad entre el fallecimiento del familiar de los interesados y la actuación del servicio público sanitario, pues aquel se debió a un padecimiento vascular generalizado, de curso inexorable, que afectaba a sus órganos vitales.

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.