

Expediente Núm. 41/2015  
Dictamen Núm. 73/2015

**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 16 de abril de 2015, 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 19 de febrero de 2015 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ..., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 5 de junio de 2014, una procuradora, en nombre y representación de los interesados, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria

prestada al esposo y padre de aquellos en el Hospital ..... y que desembocó en su fallecimiento.

Refiere que el 7 de junio de 2013 el perjudicado, que había recibido un trasplante de riñón y padecía "Angor en CF/IV y estenosis aórtica severa", fue sometido a una biopsia de próstata en el Hospital ..... Añade que "tres días después (...) acude al Servicio de Urgencias (...) al presentar fiebre de 38º, siguiendo así las instrucciones dadas por el urólogo al practicarla. Si bien el facultativo le había indicado que de presentar algo más de unas décimas deberían de administrarle el antibiótico por vena, con el consiguiente ingreso (...), lo cierto (es) que en Urgencias únicamente se le prescriben antibióticos por vía oral, sin (...) ingresarle y sin tomar en consideración su condición de paciente inmunosuprimido".

Señala que "al día siguiente, ante el empeoramiento de su estado (...), vuelve al Servicio de Urgencias (...). Presentaba malestar general, molestias precordiales opresivas y sufrió una crisis tónico-clónica con desorientación posterior, así como un intenso estado de agitación. Se le realiza una analítica, un TAC craneal y un electrocardiograma, revelando la primera un aumento de las troponinas y de la CK, marcadores bioquímicos que indican la existencia de necrosis cardíaca, esto es de infarto agudo de miocardio, y mostrando el EKG un descenso en el segmento ST./ Es derivado entonces al Servicio de Cardiología, donde a través de EKG se observa ese descenso del segmento ST anterolateral, una estenosis aórtica severa y una hipertrofia del ventrículo izquierdo con fracción de eyección conservada. Pese al cuadro que presentaba el paciente, el facultativo que le atiende no le impresiona como síndrome coronario agudo y vuelve a derivarlo al Servicio de Urología, quedando pendiente una consulta en Cardiología para valorar la conveniencia de realizar una coronariografía./ De vuelta a la planta de Urología entra en parada cardiorrespiratoria y fallece".

Considera que "la causa del óbito fue un infarto agudo de miocardio, toda vez que se han dado todos los factores posibles: paciente con historia de

enfermedad isquémica, hipertrofia del ventrículo izquierdo, estenosis coronaria severa, EKG que evidenció un descenso del segmento ST y la presencia de marcadores bioquímicos que revelan la existencia de una necrosis cardíaca". Entiende que "en la primera visita al Servicio de Urgencias, el día 10 de junio (...), debió (...) ser ingresado para la administración de los antibióticos por vía intravenosa, pues si así ha de procederse siempre y en todo caso cuando tras la biopsia se presenta fiebre más allá de unas simples décimas, aún con mayor razón y motivo en un caso como el presente, en el que (...) se trataba de un paciente inmunosuprimido por los fármacos que tomaba por razón del trasplante renal. De haberse tomado esa solución (...) sin duda no se hubiese desencadenado todo lo ocurrido posteriormente". Además, valora la atención prestada por el Servicio de Cardiología como "deficiente y negligente", puesto que los síntomas que presentaba el perjudicado sugerían "un diagnóstico de infarto agudo de miocardio que debió ser tratado en la unidad especializada. Sin embargo, no fue así y desde Cardiología se le remite sin más a Urología, donde inmediatamente se produce la muerte por infarto".

Añade que "de la historia clínica del finado no se desprende que se hubiese informado al mismo adecuadamente por escrito (...) de los riesgos, posibles complicaciones y secuelas de la biopsia", lo que "constituiría una infracción de sus derechos básicos" y es "generador de la responsabilidad que se reclama".

Concluye que "las actuaciones médicas y actos que se realizaron a lo largo del proceso asistencial (...) no fueron ajustados a la *lex artis ad hoc*, pues carece de toda explicación y proporción que partiendo de (una) técnica intervencionista, como es una biopsia de próstata, ello desembocara en el fallecimiento del paciente; óbito que no fue sino consecuencia (...) de la mala praxis, de la inobservancia tanto de sus antecedentes médicos como de los protocolos de actuación y de una desatención a los síntomas y marcadores inexplicable que tuvieron como desgraciadísimo resultado el fallecimiento del padre y esposo" de los reclamantes.

Con base en lo expuesto, solicita que se proceda al abono de la correspondiente indemnización, cuyo importe total cifra en ciento veinticuatro mil trescientos euros (124.300 €), de los cuales 90.000 € corresponderían a la viuda y 23.000 € a su único hijo, incrementados en un 10% de factor de corrección, así como el importe de los "intereses legales desde la fecha de esta reclamación".

Adjunta, entre otros, copia de la siguiente documentación: a) Poder para pleitos otorgado a favor de la procuradora interviniente. b) Certificado de defunción. c) Certificado de matrimonio. d) Libro de familia. e) Testamento otorgado por el fallecido. f) Certificado del Registro General de Actos de Última Voluntad.

**2.** Mediante oficio de 18 de junio de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la representante de los interesados 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.

**3.** El día 19 de junio de 2014, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica "relativa al proceso de referencia" y un informe de los Servicios afectados.

**4.** Con fecha 7 de julio de 2014, el Jefe del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente. En ella figuran, entre otros datos, una hoja de "observaciones, evolución y comentarios", elaborada por el Servicio de Urología el 12 de junio de 2013, en la que se señala que el paciente ingresa a las 2:30 horas con "fiebre y mal estado post (biopsia), crisis convulsiva (...), fiebre y postración (...), desorientado (...). Según Cardio el

origen es infeccioso". A las 3:00 horas el médico de guardia anota que avisan por "muy mal estado, cianosis y falta de respuesta. Aviso a UVI. A mi llegada a planta (...) se realiza RCP básica y llega UVI, que realiza RCP avanzada sin éxito. Exitus". A las 3:20 horas un facultativo del Servicio de Medicina Interna anota que "avisan por parada cardiorrespiratoria. A nuestra llegada no tiene pulso (...). Se realiza RCP avanzada durante 5-7 minutos con administración de 1 mg adrenalina sin que se modifique la asistolia (...). El cuadro actual parece tener relación con evento cardiológico con entrada en edema agudo de pulmón. Exitus 3:30 horas".

Asimismo, obra el informe de alta por exitus, emitido el 26 de junio de 2013 por el Servicio de Urología. En él se recoge que el paciente ingresa por "fiebre y mal estado general (...). Durante su estancia en Urgencias es valorado por el Servicio de Cardiología por elevación de troponinas y alteración en el ECG, donde no les impresiona de síndrome coronario agudo y descartan que la sintomatología sea secundaria a patología cardíaca./ Ingresa para tratamiento antibiótico del proceso infeccioso. A su llegada a la planta avisan por mal estado general, entrando el paciente en parada cardiorrespiratoria, realizando RCP avanzada y aviso a UVI, sin éxito". Se identifica como diagnóstico principal "estenosis aórtica severa", y como diagnósticos secundarios "IRC (hemodiálisis desde 1982). Trasplante renal en 2000. Diverticulitis. Glaucoma. Angor de esfuerzo".

Consta igualmente el documento de consentimiento informado para "biopsia de próstata eco-dirigida" suscrito por el paciente.

**5.** Mediante escritos de 21 de julio y 27 de agosto de 2014, el Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios reitera la petición de informe de los Servicios afectados.

**6.** Con fecha 5 de septiembre de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV le envía el informe emitido por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón el día 2 del mismo mes.

En él se indica que cuatro días después de que se le practicara una biopsia el paciente “acude a Urgencias, donde se le diagnostica de infección de vías urinarias post biopsia prostática. Se le prescribe tratamiento antibiótico y es dado de alta. El 11 de junio de 2013, 24 horas más tarde (...), acude nuevamente a Urgencias por persistencia de la fiebre. Según consta en la hoja de enfermería de puerta, el paciente está `agitado, no realiza ninguna acción, obnubilado (estuporoso)´ (...). En Urgencias presenta una crisis tónico clónica. Un TAC de cráneo, posterior, es informado como sin hallazgos significativos./ Valorado por el cardiólogo refiere que (...) está `desorientado, no responde a preguntas. Imposible valorar clínica anginosa´ (...). Recomienda tratamiento del cuadro infeccioso, solicitar consulta a Cardiología durante el ingreso y completar estudios”. Añade que a su llegada a planta el paciente “sigue empeorando y, a pesar de realizar reanimación cardiopulmonar profunda, es exitus”.

Manifiesta que “la reclamación patrimonial se basa en una atención prestada por el Servicio de Cardiología deficiente y negligente, ya que, según estima”, los síntomas “sugieren un diagnóstico de infarto agudo de miocardio que debió (...) ser tratado en la unidad especializada”. Estima, “por los datos de la historia clínica, exploración y pruebas complementarias, que el paciente presentaba un cuadro séptico severo (...). En este contexto las alteraciones electrocardiográficas y la elevación de las troponinas son de muy difícil interpretación y en absoluto llevan a un diagnóstico de certeza de infarto de miocardio./ Hay que diferenciar muy claramente la existencia de daño miocárdico, que sí está presente en este caso, como indican los niveles elevados de troponina, con que el origen de ese daño sea isquémico por obstrucción coronaria. Por otra parte, es bien conocido que en los pacientes renales crónicos es habitual la presencia de niveles elevados de troponina, lo que hace aún más difícil su interpretación (...). Durante la estancia del paciente

en Urgencias no hay signos de fallo cardíaco que pudiesen alertar (...). En conclusión, se trata de un paciente (...) que presenta un cuadro infeccioso severo a los cuatro días de una biopsia prostática en el que se objetivan alteraciones electrocardiográficas y enzimáticas que pueden tener origen diverso, entre ellos el propio cuadro infeccioso./ En ningún momento se objetivó en el electrocardiograma elevación del segmento ST, que es el único cuadro clínico (...) en el que está indicada una actitud diagnóstica y terapéutica emergente por parte de Cardiología”.

**7.** El Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV, mediante escrito de 19 de septiembre de 2014, remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el informe suscrito el día 15 del mismo mes por el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias.

En él consta que el 10 de junio de 2013 el paciente acude al Servicio de Urgencias “refiriendo un cuadro de disuria, polaquiuria y fiebre. Cuatro días antes le habían realizado una biopsia de próstata. Durante su estancia en el Servicio se objetivó febrícula y se le solicitó una analítica que puso de manifiesto hematuria y leucocituria. Fue dado de alta con cobertura antibiótica por vía oral”. Considera que “con los antecedentes médicos del paciente y el cuadro clínico que presentaba se debería haber valorado la posibilidad de ingresarlo en la Unidad de Observación durante 24-48 horas con tratamiento antibiótico y pendiente de evolución”.

Añade que el 11 de junio de 2013, a las 21:25 horas, vuelve al Servicio de Urgencias “refiriendo malestar general, persistencia de fiebre y molestias precordiales ocasionales. Durante su estancia el paciente presentó un episodio de crisis tónico-clónica generalizada, permaneciendo posteriormente desorientado y agitado. Se solicitaron pruebas complementarias en las que se objetivaron alteraciones electrocardiográficas y movilización de enzimas cardíacas, por lo que se solicitó valoración urgente al Servicio de Cardiología, al que el cuadro no le impresionaba de síndrome coronario agudo. Asimismo, se

solicitó valoración urgente al Servicio de Urología, que valoró al paciente e identificó la próstata como origen de su proceso infeccioso. Tras las valoraciones de ambos profesionales y de acuerdo con ellos se decidió ingresar al paciente a cargo del Servicio de Urología”.

**8.** El día 1 de octubre de 2014, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras relatar los antecedentes del caso, manifiesta que “por parte del Responsable del Servicio de Urgencias se plantea (...) si con los antecedentes médicos del paciente y el cuadro clínico que presentaba cuando acudió la primera vez a Urgencias el día 10 de junio se debería haber valorado la posibilidad de ingresarlo en la Unidad de Observación durante 24-48 horas con tratamiento antibiótico y pendiente de evolución”. Añade que “los reclamantes centran básicamente su reclamación en que el paciente debió ser ingresado y tratado en la Unidad especializada cardiológica y no ser ingresado en Urología. Basan esta afirmación” en que los síntomas que mostraba “sugieren un diagnóstico de infarto agudo de miocardio”. Subraya que, frente a esta afirmación, el Director del Área del Corazón del Hospital ..... “señala que por los datos de la historia clínica, exploración y pruebas complementarias el paciente presentaba un cuadro séptico severo (...). En este contexto las alteraciones electrocardiográficas y la elevación de troponinas son de muy difícil interpretación y en absoluto llevan a un diagnóstico de certeza de infarto de miocardio./ Hay que diferenciar muy claramente la existencia de daño miocárdico, que sí está presente en este caso (...), con que el origen de ese daño sea isquémico por obstrucción coronaria (...). El Servicio de UVI que realizó la RCP avanzada del paciente considera que el cuadro clínico parece tener relación con un evento cardiológico con entrada en edema agudo de pulmón”.

A la vista de ello, sostiene que “es preciso admitir que, de acuerdo con la situación clínica y los antecedentes del paciente, probablemente debió quedar

ingresado el día 10 de junio en la Unidad de Observación durante 24-48 horas con tratamiento antibiótico y pendiente de evolución. Ahora bien, no parece que este hecho guarde relación directa con el exitus del paciente ocurrido a las 48 horas. La clínica que presentaba en el ingreso del día 11 de junio no era la propia de un infarto agudo de miocardio, y más bien orientaba a la necesidad de tratar su proceso infeccioso prostático, tal y como inicialmente se planteó”.

Por último, y en relación con la “presunta infracción de los derechos básicos del paciente por no haber sido informado adecuadamente por escrito (...) de los riesgos, posibles complicaciones y secuelas de la biopsia, es preciso señalar que en la historia clínica se encuentra incluido el consentimiento informado para la práctica de la citada biopsia, y como riesgo típico se recoge expresamente la sepsis y la infección generalizada”.

Concluye que procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

**9.** Mediante escritos de 6 de octubre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios 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.

**10.** Con fecha 22 de noviembre de 2014, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Cardiología y Enfermedades Cardiovasculares.

En él señala que uno de los conceptos asociados al infarto agudo de miocardio es la “elevación y posterior descenso de marcadores de daño cardíaco (enzimas cardíacas, como son la troponina I, troponina T, Ck, CKmb, mioglobina, LDH) (...). No obstante (...), la elevación de enzimas cardíacas no es exclusiva de esta patología, lo que complica el diagnóstico en muchas ocasiones de esta patología aguda, existen numerosas causas de elevación de las enzimas cardíacas (...), entre ellas, las más relevantes en el caso que nos

ocupa son la presencia de insuficiencia renal y la septicemia". Destaca que "al paciente se le realizó un ECG que fue valorado por el cardiólogo correspondiente, que mostraba cambios compatibles con la hipertrofia ventricular que (...) padecía por su enfermedad de base (estenosis aórtica severa), y, sobre todo, pudo comparar, según se describe en el informe, con el electrocardiograma previo del paciente, no mostrando cambios que sugirieran isquemia cardíaca./ Se entiende que sin presencia de una historia clínica compatible (dolor torácico no objetivable debido al estado neurológico del paciente), exploración física y pruebas complementarias no diagnósticas (electrocardiograma similar al habitual del paciente, con cambios debidos a su hipertrofia ventricular, enzimas cardíacas positivas secundarias a la infección y a la propia insuficiencia renal del paciente) no impresionara al cardiólogo de síndrome coronario agudo./ A entender de este perito se trataba de un cuadro séptico (datos de mala tolerancia hemodinámica, alteraciones neurológicas, síndrome febril...) secundario a la biopsia prostática realizada, con el agravante de la existencia de una estenosis aórtica severa. En el contexto de la estenosis aórtica un cuadro séptico adquiere más gravedad, dado que en la septicemia se producen sustancias proinflamatorias y vasoactivas que pueden conllevar a una caída de la tensión arterial y producir un shock séptico; entidad ya muy grave por sí sola con mortalidades hasta el 25-50% según las series publicadas. Si además de este cuadro añadimos la patología de la estenosis aórtica severa, además del shock séptico, el corazón se vuelve incapaz para aumentar su volumen/latido, pudiendo llevar a la parada cardiorrespiratoria del paciente por deterioro hemodinámico".

Concluye que "la causa más probable del fallecimiento del paciente no corresponde a un síndrome coronario agudo/infarto, sino a un probable shock séptico en presencia de estenosis aórtica severa". Por ello, considera que el Servicio de "Cardiología interpretó correctamente el diagnóstico priorizando el tratamiento infeccioso/séptico del paciente" y que su actuación no fue "negligente".

**11.** Consta incorporado al expediente, asimismo, el informe emitido por un gabinete jurídico privado el 28 de noviembre de 2014 a instancia de la entidad aseguradora. En él se afirma que “la actuación médica fue conforme a la *lex artis*”, puesto que “no existe antijuridicidad” y “no consta acreditada la existencia de nexo causal”, precisando, además, que “el paciente suscribió el correspondiente consentimiento informado”. Por ello, concluye que “no es procedente otorgar indemnización” a los reclamantes.

**12.** Mediante escrito notificado a los perjudicados el 17 de diciembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta en este que durante el citado plazo la representante de los interesados toma vista del expediente y obtiene copias del mismo.

**13.** El día 21 de enero de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la compañía aseguradora que ha transcurrido el plazo establecido al efecto sin que se hayan presentado alegaciones.

**14.** Con fecha 2 de febrero de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

En ella señala que “se trata de un paciente trasplantado renal, a tratamiento con inmunosupresores, que presenta un cuadro infeccioso severo a los cuatro días de una biopsia prostática en el que se objetivan alteraciones electrocardiográficas y enzimáticas que pueden tener origen diverso, entre ellos el propio cuadro infeccioso. En ningún momento se objetivó en el electrocardiograma elevación del segmento ST, que es el único cuadro clínico (...) en el que está indicada una actitud diagnóstica y terapéutica emergente

por parte de Cardiología. En el presente caso es preciso admitir que, de acuerdo con la situación clínica y los antecedentes del paciente, probablemente debió quedar ingresado el día 10 de junio en la Unidad de Observación durante 24-48 horas con tratamiento antibiótico y pendiente de evolución. Ahora bien, no parece que este hecho guarde relación directa con el exitus del paciente ocurrido a las 48 horas. La clínica que presentaba en el ingreso del día 11 de junio no era la propia de un infarto agudo de miocardio, y más bien orientaba a la necesidad de tratar su proceso infeccioso prostático, tal y como inicialmente se planteó”.

En cuanto a la ausencia del documento de consentimiento informado, recuerda que el mismo obra en la historia clínica del paciente y contempla como riesgos típicos “la sepsis” y la “infección generalizada”.

**15.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de febrero de 2015, 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 activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que esposa e hijo del perjudicado- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 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 5 de junio de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 12 de junio de 2013, 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 audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, sobre la necesaria incorporación de informe de los servicios afectados, debe señalarse que obran en el expediente los emitidos por los Servicios de Cardiología y de Urgencias del Hospital ....., pero no consta la emisión del mismo por parte del Servicio de Urología. Sin embargo, a la vista de los restantes datos e informes obrantes en el expediente, estimamos que cabe alcanzar un pronunciamiento sobre el fondo del asunto que se somete a nuestra consideración sin necesidad de retrotraer el procedimiento.

Asimismo, 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 solicitan una indemnización por los daños ocasionados tras el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que consideran debido al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el fallecimiento de aquel, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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 en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, los interesados no desarrollan actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que analizamos aquellos no ejercitan el derecho que la ley les confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto que nos ocupa, nos encontramos con que el perjudicado -trasplantado renal, a tratamiento con inmunosupresores y diagnosticado de "Angor en CF/IV y estenosis aórtica severa"- es sometido a una biopsia de próstata eco-dirigida el 7 de junio de 2013. El día 10 del mismo mes acude al Servicio de Urgencias del Hospital ....., donde se le diagnostica una "infección de vías urinarias post biopsia prostática", siendo dado de alta con "cobertura antibiótica por vía oral". Al día siguiente, a las 21:25 horas, se dirige de nuevo al citado Servicio "refiriendo malestar general, persistencia de fiebre y molestias precordiales ocasionales. Durante su estancia (...) presentó un episodio de crisis tónico-clónica generalizada". Tras la realización de diversas pruebas, que "objetivaron alteraciones electrocardiográficas y movilización de enzimas cardíacas", se solicita valoración al Servicio de Cardiología, al que no le impresiona que el origen del daño

miocárdico sea una patología cardíaca y considera preferente tratar el cuadro infeccioso que sufre el paciente. A las 2:30 horas del día 12 de junio de 2014 el perjudicado ingresa en el Servicio de Urología, y a las 3:00 horas se avisa al médico de guardia por “muy mal estado, cianosis y falta de respuesta”; este le practica reanimación cardiopulmonar básica y avisa a la UVI, que a las 3:20 horas le realiza reanimación cardiopulmonar avanzada “durante 5 ó 7 minutos (...) sin que se modifique la asistolia”. A las 3:30 horas el paciente fallece.

Los reclamantes consideran que “la causa del óbito fue un infarto agudo de miocardio”, por lo que el perjudicado “debió ser tratado en la unidad especializada”, a la que atribuyen una actitud “deficiente y negligente”. Asimismo, entienden que “en la primera visita al Servicio de Urgencias, el día 10 de junio (...), debió (...) ser ingresado para la administración de los antibióticos por vía intravenosa”, ya que “de haberse tomado esa solución (...) sin duda no se hubiese desencadenado todo lo ocurrido posteriormente”. Afirman que “carece de toda explicación y proporción que partiendo de (una) técnica intervencionista, como es una biopsia de próstata, ello desembocara en el fallecimiento del paciente”. A ello añaden la ausencia de consentimiento informado para la práctica de la biopsia, lo que “es generador de la responsabilidad que se reclama”.

Respecto a la última afirmación, debemos señalar que obra en la historia clínica del paciente el consentimiento informado para la realización de la biopsia de próstata debidamente firmado por el paciente y por el facultativo correspondiente, por lo que la actuación del servicio de salud resulta correcta en relación con este extremo.

En cuanto a que el esposo y padre de los reclamantes debió ser tratado por el Servicio de Cardiología, debemos subrayar que en el informe emitido por el citado Servicio se recoge que el paciente “presenta un cuadro infeccioso severo a los cuatro días de una biopsia prostática en el que se objetivan alteraciones electrocardiográficas y enzimáticas que pueden tener origen diverso, entre ellos el propio cuadro infeccioso”. Añade que “en ningún

momento se objetivó en el electrocardiograma elevación del segmento ST, que es el único cuadro clínico (...) en el que está indicada una actitud diagnóstica y terapéutica emergente por parte de Cardiología". En el mismo sentido, el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora reseña que "la elevación de enzimas cardíacas no es exclusiva de esta patología" (infarto agudo de miocardio), sino que "existen numerosas causas de elevación de las enzimas cardíacas (...), entre ellas, las más relevantes en el caso que nos ocupa son la presencia de insuficiencia renal y la septicemia". Refiere que "al paciente se le realizó un ECG que fue valorado por el cardiólogo correspondiente, que mostraba cambios compatibles con la hipertrofia ventricular que (...) padecía por su enfermedad de base (estenosis aórtica severa), y, sobre todo, pudo comparar, según se describe en el informe, con el electrocardiograma previo del paciente, no mostrando cambios que sugirieran isquemia cardíaca". Entiende que "sin presencia de una historia clínica compatible (...) no impresionara al cardiólogo de síndrome coronario agudo". Por ello, debemos concluir que la actuación del Servicio de Cardiología, priorizando el tratamiento del proceso infeccioso sobre el de las dolencias cardíacas del paciente, fue correcto y ajustado a la *lex artis*.

Sin embargo, no podemos llegar a la misma conclusión respecto a la actuación del Servicio de Urgencias. El perjudicado acude al señalado Servicio el día 10 de junio de 2013, siendo diagnosticado de "infección (de) vías urinarias post biopsia prostática", y es dado de alta con "cobertura antibiótica por vía oral". Los reclamantes refieren que el facultativo que le practicó la biopsia al enfermo "le había indicado que de presentar algo más de unas décimas deberían de administrarle el antibiótico por vena, con el consiguiente ingreso". No queda acreditada en la historia clínica del paciente la realidad de esta observación, la cual tampoco ha sido constatada por el Servicio de Urología, que -como ya se puso de manifiesto- no emitió el correspondiente informe. No obstante, el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias indica en su informe que, "con los antecedentes médicos del paciente y el cuadro clínico que

presentaba, se debería haber valorado la posibilidad de ingresarlo en la Unidad de Observación durante 24-48 horas con tratamiento antibiótico y pendiente de evolución". El propio informe técnico de evaluación recoge que "es preciso admitir que, de acuerdo con la situación clínica y los antecedentes del paciente, probablemente debió quedar ingresado el día 10 de junio en la Unidad de Observación durante 24-48 horas con tratamiento antibiótico y pendiente de evolución".

La tórpida evolución del cuadro infeccioso que sufría el paciente le llevó a dirigirse de nuevo al Servicio de Urgencias al día siguiente, donde los acontecimientos se produjeron en la forma relatada hasta conducir a su fallecimiento. Con respecto a su actuación del día 11 de junio de 2014, el Servicio de Urgencias informa que "se solicitó valoración urgente al Servicio de Cardiología, al que el cuadro no le impresionaba de síndrome coronario agudo. Asimismo, se solicitó valoración urgente al Servicio de Urología, que valoró al paciente e identificó la próstata como origen de su proceso infeccioso. Tras las valoraciones de ambos profesionales, y de acuerdo con ellos, se decidió ingresar al paciente a cargo del Servicio de Urología". Es decir, ingresa para ser tratado de la sepsis que padecía como consecuencia de la práctica de la biopsia prostática y de la que ya había sido diagnosticado el día anterior.

Según el perito de la compañía aseguradora, "la causa más probable del fallecimiento del paciente" corresponde a "un probable shock séptico en presencia de estenosis aórtica severa", y explica que "en el contexto de una estenosis aórtica un cuadro séptico adquiere más gravedad, dado que en la septicemia se producen sustancias proinflamatorias y vasoactivas que pueden conllevar a una caída de la tensión arterial y producir un shock séptico; entidad ya muy grave por sí sola con mortalidades hasta el 25-50% según las series publicadas. Si además de este cuadro añadimos la patología de la estenosis aórtica severa, además del shock séptico, el corazón se vuelve incapaz para aumentar su volumen/latido, pudiendo llevar a la parada cardiorrespiratoria del paciente por deterioro hemodinámico". Los facultativos de la UVI que prestaron

la última asistencia al paciente consignan en la historia clínica que “el cuadro actual parece tener relación con evento cardiológico con entrada en edema agudo de pulmón”, y el informe de alta por exitus del Servicio de Urología no recoge una causa clara de la muerte y se limita a identificar como diagnóstico “estenosis aórtica severa” e “IRC (hemodiálisis desde 1982). Trasplante renal en 2000. Diverticulitis. Glaucoma. Angor de esfuerzo”.

Con independencia de la causa efectiva del fallecimiento, puesto que no consta en la historia clínica la práctica de autopsia, lo cierto es que la ausencia de ingreso del paciente el día 10 de junio de 2013 para la dispensación de la correspondiente medicación antibiótica intravenosa constituye, como reconocen el propio Servicio de Urgencias y el informe técnico de evaluación, una actuación médica inadecuada que generó, a juicio de este Consejo Consultivo, una pérdida de oportunidad terapéutica que privó al paciente de la posibilidad de beneficiarse de un tratamiento más precoz y probablemente más eficaz de su proceso infeccioso. Frente a ello, la propuesta de resolución hace suyo el contenido del informe técnico de evaluación que, después de admitir que la atención prestada al paciente en su primera visita al Servicio de Urgencias no fue correcta, entiende que “no parece que este hecho guarde relación directa con el exitus del paciente ocurrido a las 48 horas. La clínica que presentaba en el ingreso del día 11 de junio no era la propia de un infarto agudo de miocardio y más bien orientaba a la necesidad de tratar su proceso infeccioso prostático, tal y como inicialmente se planteó”. Este razonamiento se contradice en sus propios términos, puesto que si -como plantea- la clínica del paciente era infecciosa y no cardíaca resulta necesario reconocer que un inicial tratamiento indebido de la infección pudo contribuir al fatal desenlace.

En consecuencia, al quedar acreditada tanto la efectividad del daño alegado como su imputabilidad al servicio público sanitario en los términos expuestos, la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada ha de ser atendida.

**SÉPTIMA.-** Establecida la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario, hemos de pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria.

En supuestos como el presente -pérdida de oportunidad terapéutica- este Consejo ha señalado que la jurisprudencia viene estableciendo que el daño indemnizable no es el de la lesión -en este caso el fallecimiento-, respecto del cual no es posible saber a ciencia cierta si hubiera podido evitarse, sino que ha de ser propiamente la pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado, impidiendo con ello la posibilidad de evitar daños y secuelas o la de sobrevivir.

En el primer caso, si el daño pudo evitarse en un porcentaje estadísticamente conocido se indemnizará al paciente por haberle privado de la posibilidad de pertenecer al grupo de pacientes que no lo sufre.

En el segundo, en cambio, es obvio que no se indemniza al paciente, sino en general a los familiares cercanos, y por tanto el daño causado no es propiamente la pérdida de la oportunidad de sobrevivir, sino el daño moral que esos allegados han sufrido como consecuencia de saber que un tratamiento adecuado habría aumentado las posibilidades de supervivencia de aquel, aunque no pueda establecerse con precisión en qué medida. Por ello, podríamos presumir en estos casos la existencia de dos daños morales de diferente etiología: por una parte, el que se produce como consecuencia de la muerte del ser querido, que no sería indemnizable por la Administración por no existir prueba cierta del nexo causal, y, de otra, el que se origina en el entorno familiar al conocer que una actuación más acertada de la Administración sanitaria podría haber evitado ese resultado, formulado al menos como una probabilidad que las estadísticas sanitarias precisan en forma de porcentaje. Este es el daño moral que ha de indemnizarse en el asunto sometido a nuestra consideración, puesto que es el único sobre el que podemos establecer un nexo causal con la actuación del servicio público, y siempre que ese daño moral esté vinculado a un resultado dañoso cierto; es decir, no solo hipotético, sino

efectivo, y ocasionado con infracción de la *lex artis*, como es, en el caso examinado, el fallecimiento del esposo y padre de los reclamantes.

A tal efecto, los interesados solicitan una indemnización por un importe total de 124.300 €, de los cuales 90.000 serían para la viuda y 23.000 € para su único hijo, incrementados en un 10% de factor de corrección, así como el importe de los intereses legales desde la fecha de la reclamación.

La Administración del Principado de Asturias propone la desestimación de la reclamación y no entra, por ello, en el análisis del *quantum* indemnizatorio.

En el caso examinado no hay ninguna referencia en el procedimiento a las posibilidades de recuperación perdidas, y no se ha realizado ningún acto de instrucción para valorar la probabilidad de supervivencia del paciente en el caso de que el primer día en que acudió al Servicio de Urgencias hubiera quedado ingresado para la administración de tratamiento antibiótico intravenoso. Sin embargo, este Consejo Consultivo también ha manifestado en su Dictamen Núm. 42/2011 que la aplicación acrítica de la doctrina de la pérdida de oportunidad en función de estadísticas sanitarias a este tipo de supuestos puede deparar, en algunos casos extremos, resultados indeseables en la valoración del dolor moral producido a los familiares.

A la vista de ello, y pese a las evidentes dificultades que encierra la valoración de un daño moral, este Consejo entiende que para la determinación del resarcimiento de los daños que -presumimos- se han ocasionado al entorno familiar cercano ante la constatación de que el fallecimiento acaso pudo haberse evitado no cabe aplicar automáticamente la doctrina de la pérdida de oportunidad expresada en porcentajes. En otras palabras, deben ponderarse todos los factores y circunstancias concretas de cada caso -y no exclusivamente el porcentaje estadístico de pérdida de oportunidad terapéutica- con el propósito de alcanzar una reparación real del daño causado.

En consecuencia, y con la finalidad antes declarada, estimamos, en atención a criterios de equidad, que por el daño moral infligido a los familiares con una actuación del servicio público que, con infracción de la *lex artis*, supuso

una pérdida de oportunidad de las posibilidades de curación del paciente corresponderían a su cónyuge 70.000 € y a su hijo 20.000 €.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a ..... en los términos expuestos en el presente dictamen.”

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.