

Expediente Núm. 205/2015
Dictamen Núm. 17/2016

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de enero de 2016, 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 30 de octubre de 2015 -registrada de entrada el día 6 de noviembre de 2015-, examina el expediente relativo a las reclamaciones de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formuladas por, por los daños derivados del fallecimiento de su madre y esposa, respectivamente, que se vincula al diagnóstico y tratamiento de una fibrilación auricular.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de enero de 2014, un letrado, en nombre y representación de la interesada, presenta en el Registro General del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los daños derivados del fallecimiento de su madre que atribuye a la asistencia que se le dispensó en

varios centros dependientes del servicio público de salud por fibrilación auricular.

Expone que el día 8 de enero del "año en curso" la madre de su representada "ingresó en el Hospital por un cuadro de disnea acompañado de palpitaciones con sensación de opresión torácica".

Consigna los resultados de la exploración física, electrocardiograma y ecocardiograma que se le practicaron, y refiere que "tras la realización de unas pruebas de imagen se decidió el ingreso de la (paciente) con objeto de controlar su frecuencia cardíaca y conseguir una estabilización clínica. Se inició tratamiento con diuréticos, betabloqueantes, heparina (Fraxiparina)".

Precisa que "la administración de la Fraxiparina se realizaba a través del tejido celular subcutáneo de la pared abdominal" y que el día 14 de enero la paciente "comenzó a quejarse de un intenso dolor abdominal al que se acompañó una anemia importante./ Al día siguiente, 15 de enero, se realizó una ecografía abdominal tras la que se informó la existencia de un 'hematoma de pared abdominal' (...). Enfermería en sus comentarios del día 15 de enero describió 'Fraxiparina 0,6 ml SC/24 h, no aplicar en hemiabdomen derecho'. Añade que el "17 de enero se practicó TAC toraco-abdominal en el que se informó 'hematoma de pared abdominal sin grandes cambios respecto a ecografía previa./ El hematoma muestra una discreta extensión hacia la pelvis extraperitoneal, fundamentalmente en el lado derecho de la misma, pero no hay sangrado activo'".

Reprocha que "a pesar de la hemorragia en pared abdominal y la anemia no se suspendió la administración de Fraxiparina hasta el día 19 de enero./ La hemorragia fue francamente importante. Tan es así que necesitó la transfusión de 6 concentrados de hematíes".

Indica que "entre los días 15 y 16 de enero la (paciente) comenzó a presentar oliguria, por lo que se solicitó interconsulta con el Servicio de Nefrología. Tras la exploración, realizada el día 19, el nefrólogo describió 'hematoma de pared abdominal ('heparina')??"'. Afirma que "para los nefrólogos el origen de la insuficiencia renal que presentaba la (paciente) podía derivar del contraste que se le administró, sangrado agudo y fallo cardíaco./

Tras una evolución en la que fue preciso iniciar tratamiento de hemodiálisis, el día 1 de febrero la (paciente) recibió el alta a domicilio. En ese momento (...) continuaba con fibrilación auricular, su frecuencia cardíaca estaba en 100 lpm, la urea en 109 y la creatinina en 2,31". Pone de manifiesto que en el informe de alta a domicilio se consigna "FA con respuesta ventricular rápida al ingreso controlada al alta./ Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada./ Angor hemodinámico secundario a FA con RVR./ Hematoma de pared abdominal./ Anemia severa 2.ª a hematoma (precisó 6 concentrados de hematíes)./ Ílio paralítico./ Insuficiencia renal crónica agudizada./ Insuficiencia renal aguda prerrenal por probable necrosis tubular./ Hemodiálisis./ Los previos".

Señala que "el día 14 de febrero (...) acudió al Servicio de Cardiología del Hospital por sufrir disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Se le realizó un ECG en el que presentó una fibrilación auricular a 140 lpm", añadiendo que "se estableció el alta con recomendación de seguimiento por el cardiólogo de zona".

Reseña que "el día 18 de febrero (...) acudió al Servicio de Cardiología de la Lila. El facultativo que la asistió reflejó en el informe:/ `FA de reciente comienzo mal tolerada y complicada con hematoma y fracaso renal', persiste fibrilación auricular a 140 lpm", y reprocha que "no recomendó el ingreso" de la paciente.

Por último, menciona que "el día 25 de febrero (...) comenzó con un nuevo cuadro de disnea en su domicilio. Cuando llegó la UVI móvil fue tarde y nada se pudo hacer por evitar su fallecimiento".

Explica que "en este caso la acción u omisión requerida por la ley vendría dada por la deficiente asistencia que se dispensó" a la paciente, que -a su juicio- engloba una "técnica incorrecta" de administración subcutánea de heparina, un "alta precipitada cuando aún la situación (...) no estaba estabilizada", una actuación al margen de los protocolos "en el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular", así como una omisión de ingreso hospitalario en la consulta del día 18 de febrero de 2013, sin perjuicio de otras

que se reserva la posibilidad de indicar cuando se ponga a su disposición la historia clínica.

Respecto a la indemnización, manifiesta que “ha de establecerse como indeterminada” por falta de elementos de juicio que concreta en la historia clínica.

Por medio de otrosí propone prueba documental, consistente en la incorporación al expediente de la historia clínica de la paciente y que se requiera la transcripción de las llamadas realizadas el día 14 de febrero de 2013 al 061 y al 112.

Adjunta una copia del poder general para pleitos y especial para otras facultades, otorgado por la primera hija de la paciente en favor del letrado reclamante, según resulta de la fotocopia del Libro de Familia que también aporta.

2. El día 15 de enero de 2014, el representante de la interesada presenta en el Registro General del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad dos escritos en los que amplía la reclamación de responsabilidad patrimonial “en el sentido de que su viudo (...) se incorpora como reclamante”, y comunica una “nueva dirección a efectos de notificaciones”.

Acompaña dos escrituras de poder para pleitos otorgadas a favor del letrado actuante los días 9 y 10 de enero de 2014 por el viudo y la hija de la perjudicada.

3. Mediante oficio de 27 de enero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica al representante de los interesados la fecha de recepción de su primera reclamación en la Administración del Principado de Asturias -13 de enero de 2014-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fechas 28 y 29 de enero de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la

Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica de la paciente y un informe de los Servicios de Cardiología y de Urgencias, y a la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias una copia de la conversación telefónica mantenida con el 112 en solicitud de asistencia sanitaria, que “parece referirse al día 25 de febrero”.

Mediante oficios de 30 de enero, 11 de febrero y 3 de marzo de 2014, el Responsable del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la perjudicada y los informes elaborados por los Directores de las Áreas de Gestión Clínica de Urgencias y del Corazón.

En la historia clínica obran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de curso clínico del Servicio de Cardiología en las que figura anotado, el 25 de enero de 2006, remitida por su médico de Atención Primaria “por taquicardia (...) de larga evolución (...). Disnea habitual (...). Esto le pasa desde hace 2 años”, estableciéndose como impresión diagnóstica “no cardiopatía actual”; el 18 de marzo de 2008, los antecedentes de “HTA desde 2003, obesidad (...), cirrosis biliar primaria, y el 7 de enero de 2013, “disnea y palpitaciones”. b) Solicitudes de interconsulta al Servicio de Cardiología, de 12 de junio de 2007, apreciándose “posible miocardiopatía hipertensiva”, con tratamiento y recomendaciones, y de 6 de abril de 2009 por “miocardiopatía hipertensiva”, con informe de consulta del día 20 de enero de 2010. c) Informe del Área de Urgencias, de 7 de enero de 2013, relativo a una consulta por “disnea, taquicardia”. Constan antecedentes patológicos y que “lleva unas 7 semanas encontrándose cansada y con dolores osteomusculares generalizados. Desde ayer aumento de la disnea en reposo”. d) Hojas de órdenes terapéuticas en las que se consigna, el 9 de enero de 2013, “Fraxiparina”; el 15 de enero, “Fraxiparina 0,6 ml (...), no aplicar en hemiabdomen derecho”; el 16 de enero, “Fraxiparina 0,4 ml”, y el 19 de enero, que Nefrología decide “suspender Fraxiparina y Nolotil”. e) Hojas de observaciones de enfermería en las que consta, el 15 de enero de 2013, que la paciente “refiere dolor intenso en FID, que dice ‘la despertó’ (...). Comentado con cardiólogo de guardia, que pasará a verla”; a las 13:30 horas, “hecha Rx de abdomen” y “queda en absoluta”; a

las 19:00 horas, "avisa por dolor intenso en FIDcha., que irradia hacia la espalda./ Vista por (médico de guardia), pongo Buscapina Compositum (...). Hacer eco abdominal". f) Hojas de curso clínico del Servicio de Cardiología en las que se señala, el 9 de enero de 2013, que "ingresa por IC (...) y FA (...). Fiebre y leucocitosis en probable contexto de síndrome gripal", estableciéndose como plan la "resolución cuadro gripal con antitérmicos, control FA./ Petición de estudios" analíticos y "eco transtorácica"; el 11 de enero, "mejoría clínica evidente"; el 14 de enero, "malestar general, mareos, náuseas sin vómitos"; el 15 de enero, a las 5:15 horas, "avisan por dolor abdominal. (La) paciente refiere esta tarde cuadro de mareo sin síncope (...). Ahora, dolor abdominal en fosa ilíaca dcha. que se reproduce a la palpación (...). ID: dolor abdominal en relación con estreñimiento", pautándose analgesia; más tarde "avisan por dolor abdominal brusco de inicio en la noche de ayer y que persiste desde entonces. Inicialmente se pautó (tratamiento) analgésico sin ceder el dolor (...). Solicito Rx abdomen urgente y analítica./ Deterioro función renal". Posteriormente "vuelve a presentar dolor abdominal (...) de moderada intensidad en flanco derecho (...). Presenta hematoma (...). Hablaré con Cirugía por persistencia del dolor". Valorada por el Servicio de Cirugía General, "se solicita eco abd. urgente, evidenciando hematoma de pared (...). Por nuestra parte se puede iniciar tolerancia, necesitando solo control analgésico. Puede ser alta"; el 16 de enero, "hematoma (...). Íleo paralítico + intenso dolor (...). Dieta absoluta./ Medicación analgésica./ Analítica./ Ver evolución (...). La paciente ha presentado en 24 h anemización (...) y deterioro de Fx renal (...). Se trata de hematoma pared abdominal que no puede descartarse que esté progresando a intraabdominal (...) con FRA como complicación e íleo paralítico./ La paciente refiere encontrarse algo mejor"; el 18 de enero, "hematoma (...) con ligero sangrado a peritoneo./ Ayer transfusión (...). Hoy buena mañana, asintomática. Sensación disneica previa a pasar visita que refiere por ansiedad excesiva (...). Buen control de FC" y petición analíticas para el día siguiente; el 19 de enero "avisan por disnea y malestar gral./ La paciente está taquipnéica, aunque prefiere estar tumbada que incorporada./ Malestar generalizado desde hace unos días, más intenso hoy (...). Pendiente analítica y Rx tórax (...). Se comenta

el caso con Nefrología que pasará a verla a lo largo del día; a las 20:00 horas, "a petición familiar nuevamente se valora la paciente./ Está desorientada (...). Se comenta a la hija la situación actual de la paciente. Siendo de alto riesgo de complicaciones por su pluripatología actual. La hija sigue sin entenderlo, demandando actitud más activa por nuestra parte, sin aclarar en ningún momento que quiere. Inicialmente no modifico el diagnóstico./ Mal pronóstico"; el 21 de enero, "mal. Ánimo decaído"; el 23 de enero, en el TAC de control se aprecia "buena evolución (...). Refiere dolor abdominal, náuseas y malestar general esta tarde"; el 24 de enero, "clínicamente mejor (...). La paciente refiere encontrarse mejor, pero ahora cansada tras estar levantada al sillón"; el 25 de enero, "malestar general con náuseas, vómitos y dolor abdominal difuso" y que "se inicia Ab con Levofloxacino./ Vigilancia"; el 28 de enero, "franca mejoría clínica (...), disminución de hematoma"; el 29 de enero, "hemodinámicamente estable, clínicamente mejor (...). Esta noche dolor abdominal que se resuelve con la evacuación"; el 30 de enero, "en mejor estado general, afebril. No disnea. No dolor torácico (...). Refiere menos dolor abdominal"; el 31 de enero, "hemodinámicamente estable./ La paciente refiere dolor abdominal en forma de pinchazos con la tos y ocasional con mov.". g) Hojas de consultas de los Servicios de Nefrología por "enfermedad renal crónica agudizada", con anotaciones del 19 al 24 de enero de 2013, y de Cardiología, con anotación el 7 de enero de 2013. h) Informes de diversas analíticas realizadas entre el 7 y el 31 de enero de 2013. i) Ecocardiograma transtorácico, de 15 de enero de 2013. j) Informes electrocardiográficos de 7, 9, 10 y 11 de enero de 2013. k) Informes de ecografía abdomino-pélvica de 15 de enero de 2013, en el que se aprecia "hematoma de pared abdominal sin extensión intraabdominal", y de 17 de enero, "sin grandes cambios respecto a ecografía previa". l) Informe del Servicio de Cardiología, de 1 de febrero de 2013, relativo a un ingreso el 8 de enero por "disnea y palpitaciones". Consta en él "disnea grado funcional I/IV que ha progresado en últimos días hasta hacerse de reposo con ortopnea y DPN el día del ingreso. La paciente refiere asimismo palpitaciones con sensación de opresión torácica e irradiación a espalda". Se reflejan los resultados de los estudios y pruebas complementarias realizadas -

EKG, Rx tórax, ecocardiograma TT, Rx abdomen, ecografía abdominal y TAC abdomino-pélvico-. m) Informe del Servicio de Nefrología, de 14 de febrero de 2013, en el que se indica que “recientemente fue dada de alta por el Servicio de Cardiología tras episodio de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular rápida. Se asoció a gran hematoma abdominal, con necesidad de transfundir 6 concentrados de hematíes y fracaso renal crónico agudizado que necesitó de varias sesiones de hemodiálisis (...). Acude (...) refiriendo disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea y disnea paroxística nocturna (...). Comento con Cardiología de guardia (...) me indican que envíe a Urgencias para valoración por su parte (...). Realizar ECG”. n) Informe del Área de Urgencias, de 14 de febrero de 2013, en el que figura que acude por “disnea de mínimos esfuerzos”, los estudios complementarios que se efectúan y la impresión diagnóstica de “ICC 2.ª a FA rápida (...). Se aconseja ingreso, pero la paciente se niega (...). Firma consentimiento de alta voluntaria”. ñ) Alta voluntaria, firmada por la paciente el 14 de febrero de 2013, “en contra de la opinión del médico que suscribe, que estima debe continuar la hospitalización por ICC 2.ª a FA rápida”. o) Informe del Servicio de Cardiología de, de 18 de febrero de 2013, por “FA de reciente comienzo mal tolerada y complicación con hematoma y fracaso renal (...). Mala tolerancia al Betabloqueo y persiste TA rápida (140), sin signos actuales de fallo cardíaco”, añadiendo que “no se anticoagula por el sangrado reciente”. Consta tratamiento pautado “10 días y repetir ECG (...). Si no control, valorar”.

El día 10 de febrero de 2014, el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias informa que “la paciente fue atendida en la Unidad (...) en dos ocasiones durante el periodo al que hace referencia su reclamación”. Así, señala que el día 7 de enero de 2013 “acudió a Urgencias (...) a las 13:31 horas refiriendo clínica de disnea y taquicardia. Se realizaron las exploraciones y pruebas diagnósticas habituales para el cuadro clínico que presentaba, objetivando una arritmia tipo fibrilación auricular rápida asociada a una insuficiencia cardíaca descompensada. Con esta impresión diagnóstica inicial se inició tratamiento y se solicitó consulta urgente al Servicio de Cardiología para ingreso hospitalario./ Tras su valoración el cardiólogo de guardia confirmó el

ingreso, solicitando una cama donde se pudiera realizar monitorización electrocardiográfica continua. Al no estar disponible (...) en las plantas de hospitalización la paciente ingresó en la Unidad de Observación de Urgencias con monitorización a cargo del Servicio de Cardiología, pendiente de la disponibilidad de camas específicas en planta. A las 16:30 horas del día 8 de febrero (...) fue trasladada, acompañada de personal sanitario, a una cama con monitorización en la planta de Cardiología". En cuanto a la segunda asistencia -14 de febrero de 2013-, reseña que "acudió a Urgencias (...) a las 11:57 horas derivada desde la consulta de Nefrología y, según consta en su (historia clínica), por indicación del cardiólogo de guardia (...) ante el hallazgo de taquicardia y síntomas de descompensación de su insuficiencia cardíaca./ A su ingreso refería clínica de disnea de mínimos esfuerzos y taquicardia. Se realizaron las exploraciones y pruebas diagnósticas habituales para el cuadro clínico que presentaba y se avisó al cardiólogo de guardia para su valoración urgente./ Posteriormente fue dada de alta (...) con la impresión diagnóstica de 'ICC 2.ª a FA rápida' (...) y una nota que reza 'se aconseja ingreso, pero la paciente se niega. Firma consentimiento de alta voluntaria'".

Con fecha 27 de febrero de 2014, el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón emite un informe en el que resume las consultas efectuadas por la paciente los días 8 de enero y 13, 18 y 25 de febrero de 2013. Indica que "se trata de una mujer de 77 años con insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad renal crónica y cirrosis biliar primaria que ingresa por una descompensación cardíaca secundaria a una fibrilación auricular rápida./ Durante el ingreso se produjo un hematoma severo de pared abdominal que, a su vez, condicionó una serie de complicaciones: anemia que precisó transfusiones e insuficiencia renal e íleo paralítico./ Todas esas complicaciones estaban resueltas al alta hasta los niveles previos al ingreso (insuficiencia renal crónica). Tras el alta en nuestro Servicio la paciente rechazó el ingreso que se le recomendó desde Urgencias 12 días antes de su fallecimiento. Cinco días después fue vista por el cardiólogo, que le realizó exploración clínica y electrocardiograma sin apreciar signos, ni síntomas de alarma./ Se le cambió el tratamiento y se le recomendó revisión a los 10 días". Concluye que, "a pesar de lo complicado del ingreso, no

apreciamos ningún déficit en la atención de esta paciente, ni en el aspecto temporal, fue vista a los 5 días del alta de Urgencias, ni en el aspecto de fondo, se le ajustó el tratamiento de acuerdo a la situación clínica de cada momento. Por otra parte, el problema estrictamente cardiológico, una fibrilación auricular con función ventricular normal, no es una patología que deba considerarse de alto riesgo”.

5. Mediante oficios de 4 de febrero y 12 de marzo de 2014, el Jefe de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias remite las grabaciones del día 25 de febrero de 2013 en formato digital, así como su transcripción. Hace constar que “la secuencia horaria del incidente fue la recepción de la llamada por el 112 a las 09:48 horas, la activación de la UVI móvil de Oviedo a las 09:51 y la llegada al domicilio de la paciente a las 09:58”, precisando que “a la llegada del equipo de UVI móvil se encuentra (a) la paciente en parada cardiorrespiratoria, iniciando las maniobras de RCP avanzada sin éxito”.

En la transcripción de las llamadas el alertante -esposo de la fallecida- manifiesta en varias ocasiones que llama porque se “está muriendo mi mujer o murió y a ver si la reaniman” o reanimaban.

6. Con fecha 14 de marzo de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que “se trata de una paciente con antecedentes de insuficiencia cardíaca crónica con GF I/IV NYHA, enfermedad renal crónica y cirrosis biliar primaria”. Se pronuncia “en contra de la reclamación patrimonial planteada, por cuanto el proceder de los servicios médicos” del Hospital fue “correcto en todo momento, realizándose la atención a la paciente de forma adecuada en cada uno de los procesos asistenciales, con las intervenciones de acuerdo con la clínica que presentaba (...) y con las recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos./ Asimismo, fue correcto el proceder del SAMU, así como el tiempo de respuesta a la llamada del día 25-02-2013, cifrada en 10 min. desde que se produjo la llamada hasta la llegada al domicilio de la

paciente, donde se constató que la misma se hallaba en parada cardiorrespiratoria, resultando infructuosas las maniobras de RCP avanzada”.

7. Mediante oficios de 20 de marzo de 2014, 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.

8. El día 29 de julio de 2014, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto por los interesados recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en aquel que se da cumplimiento a dicho requerimiento el 12 de agosto de 2014.

9. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito el 31 de julio de 2014 por una especialista en Medicina Interna. En él señala que “se trata de una paciente de 76 años de edad, con antecedentes médicos de insuficiencia cardíaca crónica y enfermedad renal crónica (...), que ingresa por descompensación de su insuficiencia cardíaca en el contexto de fibrilación auricular de duración desconocida y que a lo largo del ingreso presenta hematoma de pared abdominal, fracaso renal que precisa diálisis y anemia en relación con el hematoma. La paciente fallece 24 días después de ser dada de alta, constando en su historial, entre medias, una visita a Urgencias en la que se le recomienda ingreso, que la paciente rechaza, y otra a su cardiólogo de área 7 días antes” del óbito.

Tras explicar en qué consiste la fibrilación auricular, afirma que “su importancia radica en la morbilidad que asocia”. Subraya que “este caso, que sepamos, es el primer episodio de fibrilación auricular documentado que aboca en una fibrilación auricular permanente”. Aclara que a “todo paciente con

un primer episodio de fibrilación auricular debe realizarse analítica completa, ECG, Rx de tórax y ecocardiograma”, y precisa que “todas estas pruebas se realizaron durante el ingreso de manera adecuada”. Reseña que “la actuación médica ante todo paciente con (fibrilación auricular) debe contemplar sistemáticamente los siguientes objetivos (...): aliviar los síntomas mediante el control de la frecuencia cardíaca y/o la restauración del ritmo sinusal (...), evitar las complicaciones derivadas del deterioro hemodinámico de la propia arritmia y de mantener frecuencias cardíacas elevadas y (...) prevenir los fenómenos tromboembólicos”. Expone la escala con arreglo a la cual se valora la indicación de tratamiento anticoagulante, y pone de manifiesto que “esta paciente presentaba 3 puntos en la escala CHADS2, por lo que ya era considerada como de alto riesgo para evento tromboembólico. Por lo tanto, la indicación de anticoagulación está bien fundamentada, sin necesidad de recurrir a la escala CHADS2 VASC”. Añade que, “aunque no queda reflejado en las escalas previas, la presencia de insuficiencia renal crónica incrementa el riesgo de embolia, al igual que el de sangrado. Este riesgo de sangrado aumenta además conforme empeora la función renal”.

Considera que “la paciente recibió tratamiento adecuado para la prevención de fenómenos embólicos en la (fibrilación auricular). Se instauró heparina de bajo peso molecular a dosis plenas (...) desde el inicio del ingreso, lo que estaba indicado por la estratificación del riesgo. Esta dosis se baja a 0,4 ml cuando la paciente es diagnosticada de hematoma de pared abdominal el día 16-01 y finalmente es retirada el 19-01 por indicación de Nefrología ante la situación de fracaso renal agudo”.

En cuanto al hematoma de pared abdominal, así como sobre su tratamiento y factores de riesgo, indica que “en este caso coinciden varios factores de riesgo (> 65 años, dosis anticoagulante, insuficiencia renal crónica, cirrosis biliar e hipertensión arterial)”. Señala que “estamos ante un caso en el que la necesidad de anticoagulación es clara para evitar una complicación potencialmente mortal e invalidante, como es el embolismo, pero con riesgo elevado de desarrollar una complicación hemorrágica. Esta complicación se produce y es necesario valorar en ese momento el balance riesgo-beneficio de

retirar la heparina. En atención al riesgo elevado de embolia, frente a un sangrado limitado en principio a pared abdominal, se baja la dosis de heparina sin retirarla y se advierte a enfermería que no debe aplicarse la inyección en el lado derecho del abdomen. La evolución con tratamiento conservador es desfavorable inicialmente en cuanto a anemia y repercusión en la función renal, y finalmente se retira la heparina cuatro días después de la aparición del hematoma. La paciente precisa hemotransfusión múltiple, pero en ningún momento se produce hemorragia masiva que exija un abordaje quirúrgico y se mantiene una actitud conservadora. Tras el alta no se hace mención en ningún momento a dolor abdominal, y presenta el día 14-02 una cifra de hemoglobina similar a la del alta médica, por lo que la evolución del hematoma fue favorable”.

Por último, y respecto a la mortalidad en la insuficiencia cardíaca crónica, informa que “en las Guías (...) del Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología se define que antes de considerar el alta médica en un paciente con (insuficiencia cardíaca) descompensada, sea por el motivo que sea, el episodio agudo de (insuficiencia cardíaca) debe haberse resuelto y, en particular, no debe haber congestión y hay que establecer un régimen diurético oral durante al menos 48 horas antes del alta. En este caso desde el día 28-01 se habla de mejoría evidente y se pasa la medicación a vía oral, incluido el Seguril, y la paciente permanece estable hasta el día del alta (01-02) cuatro días después. En base a la historia y a las recomendaciones de los expertos, el alta no parece en absoluto precipitada, sino que se deja suficiente tiempo de observación”.

Por lo que se refiere al “evento final”, manifiesta que “en este caso no podemos saber cuáles fueron finalmente las causas del fallecimiento, ya que por la llamada del esposo parece algo brusco. Si sabemos que en una visita a la consulta de Nefrología, once días antes del exitus, presentaba datos de insuficiencia cardíaca y tras valoración en el Servicio de Urgencias se recomienda ingreso que la paciente rechaza, firmando incluso el alta voluntaria. Cuatro días después es valorada en consulta de Cardiología, y consta que la

paciente no presentaba clínica de fallo cardíaco./ Desde esta consulta el día 18-02 hasta el fallecimiento el 25-02 no consta nada en la documentación aportada. Son siete días en los que, aun suponiendo que la paciente no hubiera sido valorada con corrección, hubiera ido presentado empeoramiento, disponiendo de tiempo de sobra para consultar de nuevo o acudir al Servicio de Urgencias. Entendemos que como no se volvió a solicitar atención médica el empeoramiento debió ser brusco, y como tal no puede ser achacado a una falta de atención en la consulta previa, dada la distancia temporal de la misma”.

Concluye que la paciente “estaba diagnosticada de insuficiencia cardíaca crónica que se ve agudizada por la aparición de fibrilación auricular, una arritmia particularmente frecuente en este síndrome cardiológico (...). La fibrilación auricular se asocia a embolismo como complicación grave y este hecho debe prevenirse con la anticoagulación del paciente. Las guías de anticoagulación en fibrilación auricular aconsejan el uso de anticoagulantes a dosis plena en pacientes con riesgo elevado de embolia y (la paciente) entra dentro de este grupo, por lo que el criterio de anticoagulación es correcto (...). Las complicaciones hemorrágicas con el tratamiento anticoagulante son más frecuentes en pacientes mayores de 65 años con patología renal y hepática asociadas, como es el caso que nos ocupa (...). El manejo de la anticoagulación en un paciente con fibrilación auricular y un fenómeno hemorrágico no es fácil en la práctica clínica, ya que deben valorarse los beneficios y los riesgos de mantener la anticoagulación o de suspenderla. En este caso se reduce la dosis de heparina, dado que el riesgo de embolia era elevado, pero se decide posteriormente su retirada por la anemia y la mayor facilidad de sangrado derivada del empeoramiento de la función renal. No se producen durante el ingreso más fenómenos hemorrágicos, ni ningún fenómeno embólico (...). No podemos saber las causas finales que motivaron el fallecimiento de (la paciente). Desde la última visita médica pasan siete días hasta el fallecimiento, tiempo de sobra para una nueva consulta si la situación clínica hubiera ido empeorando y tiempo de sobra para poder haber interpuesto una modificación en el tratamiento. Asumimos, dado que no se produjo consulta médica alguna, que el empeoramiento clínico fue brusco y, dada la distancia temporal con la

visita al cardiólogo, no puede ser achacable a una mala asistencia durante la misma”. Finalmente entiende que “por la documentación examinada podemos establecer que la atención prestada (...) fue acorde a la *lex artis ad hoc*”.

10. El día 6 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Asimismo, les insta a que especifiquen la evaluación económica del daño o perjuicio causado, indicándoles que “de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado se dictará resolución determinando el archivo del expediente”.

11. Con fecha 26 de septiembre de 2014, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios que “se complete el expediente administrativo”, al haber instado el reclamante su ampliación en el recurso contencioso-administrativo interpuesto.

Consta que se da cumplimiento a dicho requerimiento mediante oficios de 11, 13 y 27 de noviembre y 4 y 19 de diciembre de 2014 y 7 de enero de 2015, remitiendo documentos que ya obran en el expediente y un informe de un TC abdomino-pélvico, de 23 de enero de 2013, en el que se concluye que “el hematoma de pared muestra un discreto aumento en su polo inferior”, así como una disminución del “sangrado de la musculatura externa a la línea de Spiegel” y del “sangrado pélvico extraperitoneal”.

12. Mediante oficio de 14 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a los reclamantes la advertencia de caducidad, que se producirá transcurridos tres meses desde la recepción del requerimiento sin haberse recibido la cuantificación de la indemnización que se reclama. Argumenta que “la falta de respuesta conlleva la imposibilidad de continuar la tramitación del procedimiento, al no saber si, tras

la propuesta de resolución, es necesario solicitar el preceptivo dictamen del Consejo Consultivo del Principado de Asturias; motivo por el cual es imprescindible paralizar el expediente”.

13. El día 28 de noviembre de 2014, el representante de los interesados presenta un escrito en un registro auxiliar del Ministerio de Justicia en el que manifiesta que “carece de los elementos necesarios para proceder a la cuantificación; no obstante, ante el requerimiento realizado, se viene a fijar la misma en la suma de trescientos mil euros” (300.000 €).

14. El día 15 de octubre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos. Razona que “en el caso que nos ocupa puede concluirse, en contra de la reclamación patrimonial planteada, que el proceder de los servicios médicos” del Hospital fue “correcto en todo momento, realizándose la atención a la paciente de forma adecuada en cada uno de los procesos asistenciales, con las intervenciones de acuerdo con la clínica que presentaba (...) y con las recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos. Asimismo, fue correcto el proceder del SAMU, tanto en el tiempo de respuesta a la llamada del día 25-02-2013, cifrada en 10 min. desde que se produjo, como en el domicilio de la paciente, donde se constató que la misma se hallaba en parada cardiorrespiratoria, resultando infructuosas las maniobras de RCP avanzada”.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de octubre 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 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, las reclamaciones se presentan con fechas 9 y 15 de enero de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que traen origen -el fallecimiento de la familiar de los interesados- el día 25 de

febrero de 2013, por lo que es claro que fueron formuladas 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.

No obstante, hemos de advertir que nos encontramos en puridad ante dos reclamaciones de responsabilidad patrimonial presentadas en dos fechas distintas, aunque cercanas, y por un mismo representante. Dado que no se formulan en un único escrito, la segunda, aunque se plantee como una suerte de adhesión a la primera, inicia un procedimiento de responsabilidad patrimonial autónomo. Ahora bien, existe entre ambas una “identidad sustancial o íntima conexión” que permite que sean susceptibles de tramitación conjunta, conforme a lo dispuesto en el artículo 73 de la LRJPAC. Por ello concluimos que, a pesar de que no conste incorporado al expediente un acuerdo formal, es evidente que la Administración procedió a acumular *de facto* ambas reclamaciones, hasta el punto de formular una única propuesta de resolución, que -recordamos- deberá pronunciarse expresamente sobre las dos pretensiones sin que la referida omisión adquiriera especial trascendencia. En todo caso, como ya señalamos en nuestro Dictamen Núm. 191/2015, en la

determinación del plazo establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial para adoptar y notificar la resolución expresa, ha de tenerse en cuenta la fecha de presentación de cada una de ellas.

Asimismo se observa que, mediante oficio de 14 de noviembre de 2014, se comunica a los reclamantes una advertencia de caducidad, que se producirá transcurridos tres meses desde la recepción del requerimiento sin que se haya cuantificado la indemnización que se reclama. Como ya hemos señalado a esa misma autoridad consultante en nuestro Dictamen Núm. 325/2012, la advertencia para el caso de desatención de aquel es la de desistimiento de la reclamación, no la de la caducidad.

Igualmente, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 sufridos por los interesados como consecuencia del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a la asistencia que se le dispensó en el servicio público de salud, en relación con una fibrilación auricular, entre los días 8 de enero y 25 de febrero de 2013.

Consta en el expediente que la paciente falleció, así como el vínculo familiar que mantenían con ella los interesados, por lo que debemos presumir en estos un daño moral cuya valoración económica realizaremos si procede.

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

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

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que

ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

Los interesados no consignan los antecedentes patológicos de la paciente, que son esenciales en este caso. En efecto, figura en el expediente que la fallecida era atendida por taquicardia y disnea desde 2006; año en el que la taquicardia ya se consideró "de larga evolución". También consta que presentaba hipertensión arterial desde 2003 y obesidad y cirrosis biliar primaria.

Antes de entrar en el análisis de los reproches que se formulan es necesario exponer sucintamente el proceso asistencial al que se refiere la presente reclamación, según resulta de los documentos obrantes en el expediente. Dicho proceso se origina como consecuencia de una fibrilación auricular rápida y comprende un ingreso hospitalario entre los días 7 de enero y 1 de febrero de 2013 y dos consultas urgentes los días 14 y 18 de febrero de 2013, produciéndose el fallecimiento de la paciente el 25 de febrero de 2013 en el domicilio familiar.

Los reclamantes imputan el fallecimiento de su familiar a la asistencia sanitaria prestada basándose en una serie de reproches. Por lo que se refiere al ingreso hospitalario, censuran la utilización de una técnica incorrecta en la administración subcutánea de la Fraxiparina; que a pesar de la hemorragia en la pared abdominal y la anemización no se haya suspendido su administración hasta el 19 de enero; precipitación en el alta, al haberse indicado cuando -a su juicio- “aún la situación de la (paciente) no estaba estabilizada”, y que los facultativos actuaron al margen de los protocolos de diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular.

Los perjudicados no aportan prueba alguna que avale sus críticas, por lo que el análisis de los mismos ha de hacerse a la luz de los documentos e informes incorporados durante la instrucción del procedimiento; principalmente, del elaborado por una especialista en Medicina Interna a petición de la compañía aseguradora.

Esta especialista consigna las pruebas que deben realizarse en todo paciente con un primer episodio de fibrilación auricular, consistentes en “analítica completa, ECG, Rx de tórax y ecocardiograma”. La historia clínica acredita -y los reclamantes reconocen- que a la ahora fallecida se le realizaron todas estas pruebas, precisando la informante que “de manera adecuada”.

Aunque los interesados no discuten la pauta del tratamiento anticoagulante, la especialista expone que en el caso de esta paciente estaba indicado, pues “era considerada como de alto riesgo para evento tromboembólico”. Añade que la insuficiencia renal crónica que padecía incrementaba el riesgo tanto de embolia como de sangrado, y que el “riesgo de sangrado aumenta además conforme empeora la función renal”. Concluye que la paciente recibió el “tratamiento adecuado para la prevención de fenómenos embólicos” en la fibrilación auricular.

En cuanto a la administración de la heparina hasta el día 19 de enero de 2013, incluso cuando la paciente ya presentaba hematoma, la especialista informa que “es retirada el 19-01 por indicación de Nefrología ante la situación de fracaso renal agudo”. Explica que “estamos ante un caso en el que la necesidad de anticoagulación es clara para evitar una complicación

potencialmente mortal e invalidante, como es el embolismo, pero con riesgo elevado de desarrollar una complicación hemorrágica. Esta complicación se produce y es necesario valorar en ese momento el balance riesgo-beneficio de retirar la heparina. En atención al riesgo elevado de embolia, frente a un sangrado limitado en principio a pared abdominal se baja la dosis de heparina sin retirarla y se advierte a enfermería que no debe aplicarse la inyección en el lado derecho del abdomen”.

Los perjudicados sostienen que la hemorragia de la paciente fue francamente importante, “tan es así que necesitó la transfusión de 6 concentrados de hematíes”. Sin embargo, la especialista en Medicina Interna señala que “la paciente precisa hemotransfusión múltiple pero en ningún momento se produce hemorragia masiva que exija abordaje quirúrgico, y se mantiene una actitud conservadora”; de hecho, el hematoma se resolvió sin necesidad de intervención.

Respecto a los criterios para considerar el alta médica en un paciente con insuficiencia cardíaca descompensada, la especialista se remite a las Guías del Grupo de Trabajo de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología, en las que se indica que “antes de considerar el alta médica en un paciente con (insuficiencia cardíaca) descompensada, sea por el motivo que sea, el episodio agudo (...) debe haberse resuelto y, en particular, no debe haber congestión, y hay que establecer un régimen diurético oral durante al menos 48 horas antes del alta”. Precisa que “en este caso, desde el día 28-01 se habla de mejoría evidente y se pasa la medicación a vía oral, incluido el Seguril, y la paciente permanece estable hasta el día del alta (01-02) cuatro días después.

Además, subraya la informante que “tras el alta no se hace mención en ningún momento a dolor abdominal, y presenta el día 14-02 una cifra de hemoglobina similar a la del alta médica, por lo que la evolución del hematoma fue favorable”. Al no haber retroceso en el estado de la paciente puede afirmarse que se encontraba estabilizada, y descartarse, por tanto, la precipitación en el alta del día 1 de febrero de 2013 que sostienen los reclamantes.

Continuando con la exposición del proceso asistencial que siguió a este ingreso hospitalario, consta igualmente que el día 14 de febrero de 2013 la paciente acudió a Urgencias por “mínimos esfuerzos, ortopnea y disnea paroxística nocturna”, siendo examinada por los Servicios de Nefrología y de Cardiología, que le realizan -como admiten los interesados- un electrocardiograma en el que presentó una fibrilación auricular a 140 lpm.

Los reclamantes afirman que “se estableció el alta con recomendación de seguimiento por el cardiólogo de zona”; sin embargo, esto no es totalmente cierto. En efecto, figura en el expediente un informe del Área de Urgencias de ese día en el que, a propósito del alta, “se aconseja ingreso, pero la paciente se niega”, y que “firma consentimiento de alta voluntaria”; formulario cuya copia obra en la historia clínica. Por tanto, tras el alta en esas condiciones sí se le recomendó a la paciente seguimiento por el cardiólogo de zona.

El día 18 de febrero de 2013 fue atendida nuevamente en el Servicio de Cardiología de la Lila; es decir, en una consulta programada. Los perjudicados reprochan falta de ingreso hospitalario de la paciente este día sin exponer motivo alguno que pudiera justificarlo. En la hoja de consulta consta “mala tolerancia al Betabloqueo y persiste TA rápida (140 lpm), sin signos actuales de fallo cardíaco”, la pauta de un nuevo tratamiento y la repetición de electrocardiograma a los 10 días, así como justificación de no anticoagulación por sangrado reciente.

Sobre esta consulta, el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón expresa en su informe que “fue vista por el cardiólogo (...) sin apreciar signos, ni síntomas de alarma”, añadiendo que “el problema estrictamente cardiológico, una fibrilación auricular con función ventricular normal, no es una patología que deba considerarse de alto riesgo”.

Volviendo al proceso asistencial, resulta que el día 25 de enero de 2013 - en que se produce el fallecimiento de la paciente-, según consta en la transcripción de la llamada realizada a las 9:48 horas, el esposo llama al 112 porque “se está muriendo mi mujer o murió y a ver si la reaniman” o “reanimaban”, por lo que debe descartarse cualquier relación entre el

fallecimiento y una eventual demora en la activación de la UVI, como indican los reclamantes.

Por otra parte, el Jefe de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias señala que “la secuencia horaria del incidente fue la recepción de la llamada por el 112 a las 09:48 horas (...), y la llegada al domicilio de la paciente a las 09:58”, y que “a la llegada del equipo de UVI móvil se encuentra (a) la paciente en parada cardiorrespiratoria, iniciando las maniobras de RCP avanzada sin éxito”.

Sobre este “evento final”, la especialista en Medicina Interna sostiene que “no podemos saber cuáles fueron finalmente las causas del fallecimiento, ya que por llamada del esposo parece algo brusco”. Comenta la atención del día 14 de febrero de 2013, en la que “tras valoración en el Servicio de Urgencias se recomienda ingreso que la paciente rechaza, firmando incluso el alta voluntaria”, y que “cuatro días después es valorada en consulta de Cardiología, y consta que (...) no presentaba clínica de fallo cardíaco”. Argumenta que “desde esta consulta el día 18-02 hasta el fallecimiento el 25-02 no consta nada en la documentación aportada. Son siete días en los que, aun suponiendo que (...) no hubiera sido valorada con corrección, hubiera ido presentando empeoramiento, disponiendo de tiempo de sobra para consultar de nuevo o acudir al Servicio de Urgencias”. Entiende que “como no se volvió a solicitar atención médica el empeoramiento debió ser brusco, y como tal no puede ser achacado a una falta de atención en la consulta previa, dada la distancia temporal de la misma”.

Todos los informes emitidos en el curso del procedimiento concluyen que la atención prestada a la paciente fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

Los reclamantes no se oponen en el trámite de audiencia a los argumentos expuestos, ni aportan informe alguno que pueda desvirtuar las conclusiones de los emitidos en el procedimiento, ya que ni siquiera comparecieron.

En definitiva, no puede apreciarse relación de causalidad entre el daño sufrido por los interesados por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, y el funcionamiento del servicio público de salud, pues la

actuación de los facultativos del mismo fue correcta y la asistencia dispensada conforme con la *lex artis ad hoc*.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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,