

Expediente Núm. 41/2016  
Dictamen Núm. 58/2016

**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 10 de marzo 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 28 de enero de 2016 -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 del fallecimiento de su hermano como consecuencia de la asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 31 de marzo de 2015, una letrada, como mandataria de dos hermanas del finado, presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia de la “defectuosa asistencia sanitaria” recibida por aquel. La reclamación se registra en la Administración del Principado de Asturias el día 7 de abril de 2015. Consta en el expediente un oficio de remisión de la misma desde la Secretaría General del referido Servicio

al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios en el figuran como fechas de salida y de entrada el 9 y el 10 de abril de 2015, respectivamente.

Exponen que el paciente "ingresó en la Unidad de Urgencias del Hospital "X" el día 17 de marzo del pasado año 2014, remitido por su médico de Atención Primaria por un cuadro de 12 horas de vómitos, diarrea y fiebre, siendo diagnosticado de infección de herida quirúrgica (exéresis de lipoma realizada 8 días antes en centro de salud), realizándole drenaje de la misma (...) el Servicio de Cirugía y siendo dado de alta ese mismo día, dándose por motivo su "curación o mejoría", habiendo de señalarse, a los presentes efectos, que el mismo también fue objeto de un electrocardiograma", constando "en el informe" de alta "bloqueo A/V de 1.º grado". A las "21 h del siguiente día 18" de marzo el paciente requirió "asistencia domiciliaria urgente por mantener su clínica de malestar general, náuseas y diarrea", siendo remitido al día siguiente (19 de marzo) al Hospital "Y" "por padecer un llamativo cuadro de disnea brusca, procediéndose a su ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía con infección de herida quirúrgica y descompensación diabética, siendo dado de alta hospitalaria 5 días después tras corrección de glucemia" y comprobación de "evolución favorable de la infección". Ponen de relieve que "en el informe de alta de este (...) ingreso (...) no se hace mención ni al cuadro de disnea", que se constaba ya en "el volante de remisión desde Atención Primaria (...), ni a los electrocardiogramas realizados ese mismo día 19 e informados, o solo informados (en el posterior ingreso del 27-3-14 en el mismo hospital), como de compatibles con "infarto agudo de miocardio anterior extenso con bloqueo de rama derecha rítmico sin ondas p.". Añaden que el alta hospitalaria "fue cursada pese a persistir la disnea" aparecida en la mañana del día 19. Entienden que el alta del día 24 de marzo de 2014 "se cursa (...) temerariamente (...), sin tratamiento o intervención clínica alguna", y sin que conste en ella ninguna referencia a "los 2 electrocardiogramas efectuados en el mismo hospital" ni a "la propia disnea".

Manifiestan que, tras requerir asistencia médica domiciliaria el día 25 de marzo de 2014, fue remitido nuevamente al Hospital "Y" el 27 de marzo por su médico de Atención Primaria por persistencia de la clínica de disnea, constando

como motivo del ingreso "un infarto agudo de miocardio evolucionado complicado con insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica severa y derrame pericárdico moderado" que, a pesar de "las exploraciones diagnósticas y medidas terapéuticas realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos, evolucionó de forma desfavorable", por lo que el día 3 de abril de 2014 "se decidió su traslado a la Unidad de Cuidados Coronarios" del Hospital "Z", presentando al ingreso un "infarto agudo de miocardio anterior".

Entienden que existió una "prestación irregular por la deficiente asistencia sanitaria recibida por el finado en el ingreso mantenido en el Hospital "Y" desde el día 19 al 24" de marzo de 2014, en "el que se le dio de alta hospitalaria sin atención alguna a la grave clínica cardiológica sufrida, que le acarreó inevitable y prontamente su fallecimiento". Ponen de relieve, además, que en el "volante del último ingreso en el Hospital "Y", de fecha 27 de marzo de 2014, se refería la "sospecha de una endocarditis bacteriana que tampoco fue atendida en este ingreso de la UCI hasta el día antes del (...) fallecimiento, en (el) que al aparecer una clínica de fiebre se realizan hemocultivos que resultaron *post mortem* ser positivos, sin así inicio de un tratamiento antibiótico que podría haber condicionado una mejor evolución del cuadro de sepsis que desencadenó la muerte del entonces paciente agravando el shock cardíaco sufrido".

Solicitan una indemnización que cuantifican en "la cantidad total y conjunta" de cincuenta y siete mil quinientos diecisiete euros con diecinueve céntimos (57.517,19 €), a repartir por iguales partes entre cada una de las dos hermanas, de lo que resulta que corresponderían "28.758,95 euros" (*sic*) a cada una.

Adjuntan copia, entre otra, de la siguiente documentación: a) Auto de declaración de herederos, de 23 de septiembre de 2014, dictado por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción N.º 2 de Lena, en el que se declaran herederas *ab intestato* a las hermanas del causante. b) Informes del Servicio de Urgencias del Hospital "X", de 17 de marzo de 2014; del Servicio de Cirugía General y Digestivo, de 24 de marzo de 2014, y del Servicio de Medicina Intensiva, de 3 de abril de 2014, del Hospital "Y", y del Servicio de Cardiología

del Hospital "Z", de 25 de julio de 2014. En este último consta que el paciente fue exitus el 3 de abril de ese año.

**2.** Con fecha 27 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -"10 de abril de 2015"-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, les concede un plazo de diez días para acreditar la representación que dice ostentar su mandataria.

Consta en el expediente la comparecencia personal de las dos reclamantes en las dependencias administrativas para conferir su representación a la letrada actuante el día 11 de mayo de 2015.

**3.** Mediante oficio de 23 de abril de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VII envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el "informe de alta tras cirugía programada", el "E.C.G. (18-01-2015)" y el "informe de alta de Urgencias (17-03-2015), junto con ECG de la misma fecha", emitidos todos ellos por el Hospital "X".

**4.** Con fecha 23 de junio de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VIII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado y diversos "informes en relación al contenido de la reclamación presentada", emitidos por el Hospital "Y".

Entre ellos figura, en primer lugar, el elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica del Hospital "Y" el 16 de junio de 2015. En él señala que la atención prestada al paciente "entre los días 27-03-2014 y el 3-04-2015, fecha en que se trasladó" al Hospital "Z", "queda", a su juicio, "suficientemente (...) detallada en el informe clínico de cierre de historia". No obstante, formula diversas "precisiones a las quejas que pueden entenderse como referidas a la actuación médica (...) durante su ingreso en UCI" del Hospital "Z". Así, señala que "el diagnóstico de endocarditis puede ser sumamente complejo, la

existencia de un soplo, reconocido en la exploración de ingreso en UCI, puede tener otras muchas causas; máxime en un caso de (infarto agudo de miocardio) con severa disfunción miocárdica (...). Los datos clínicos y exploratorios durante su ingreso (...) no apoyan de entrada este diagnóstico (...). Solo al final de su estancia en la Unidad se aprecia fiebre alta y datos de infección sistémica (...), confirmada por cultivos realizados inmediatamente antes de su traslado al (Hospital `Z`); motivo por el que no se inició tratamiento antibiótico empírico, como queda suficientemente reseñado en el informe de traslado (...). Aun asumiendo como es natural posibles errores, de los que nadie está exento, considero que la actuación médica ha sido la correcta y (la) información aportada a la familia en todo momento fue franca y abierta, sin ocultación de datos”.

El día 23 de junio de 2015, el Director del Área de Gestión Clínica de Cirugía señala que “con fecha 19 de marzo de 2014, a las 02:52 horas, es requerido por el Servicio de Urgencias el cirujano de guardia para valoración del paciente” por “clínica de hiperglucemia, infección de herida quirúrgica secundaria a extirpación de lipoma en espalda, diarrea, náuseas, postración y fatiga desde esta tarde”. Tras reflejar los datos resultantes de la “exploración y pruebas complementarias realizadas”, entre las que figuran “exploración cardíaca pulmonar y abdominal normales” y “Rx tórax normal”, indica que a la vista de los mismos “es ingresado por el Servicio de Cirugía General con el diagnóstico de cuadro séptico secundario a sobreinfección de herida quirúrgica e hiperglucemia, siendo pautados sueros y antibióticos y solicitada interconsulta a Endocrinología”. Transcribe, a continuación, las “notas” del curso clínico correspondientes al ingreso en el Servicio de Cirugía, y concluye que, “ante la mejoría del cuadro clínico (sepsis por sobreinfección de herida quirúrgica) que motivó el ingreso en el Servicio de Cirugía y ante la ausencia de manifestaciones clínicas que hicieran pensar en otra patología, el paciente es dado de alta para control por su médico de Atención Primaria)”.

**5.** Mediante oficio de 19 de junio de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de

la historia clínica del paciente obrante en el Hospital "X", así como una "copia del ECG realizado con fecha 17-03-2014 y (...) del informe de Urgencias de igual fecha".

**6.** Con fecha 24 de julio de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe realizado por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón, así como una copia de la historia clínica del perjudicado en relación con los hechos.

En el citado informe, emitido el 21 de julio de 2015, se consigna que "dicho paciente fue trasladado desde (el) Hospital "Y" a este centro el día 3 de abril del 2014, ingresando directamente en la Unidad de Cuidados Coronarios, donde fue exitus el mismo día". Toda la información "sobre este ingreso figura en el informe emitido (...) con fecha 25 de julio de 2014".

**7.** El día 19 de agosto de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él razona que en el alta del día 24 de marzo "centran las reclamantes toda la base de su reclamación, entendiéndolo que es temeraria y afirmando que el ECG ponía de manifiesto la existencia de un infarto agudo de miocardio". Al respecto, precisa que es "en el momento del ingreso" del día "27 de marzo, a las 16:21 horas (...), cuando presenta un ECG compatible con (infarto agudo de miocardio) (...) anterior extenso, no en el ingreso anterior, como afirman (...). Hasta ese momento el paciente no había presentado una clínica sugestiva de infarto de miocardio y la asistencia que se le prestó fue en todo momento correcta y adaptada a la *lex artis*. Tanto en el Hospital 'X' como en el primer ingreso en el Hospital 'Y' en el Servicio de Cirugía General, como posteriormente en la UCI de este centro al presentar el (infarto) y posterior traslado y tratamiento hasta el exitus" en el Hospital "Z", por lo que considera que la reclamación debe ser desestimada.

**8.** Mediante oficios de 21 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

**9.** Con fecha 26 de septiembre de 2015, emite informe un gabinete jurídico privado a instancia de la compañía aseguradora. En él, con apoyo en los informes médicos obrantes en el expediente, se concluye que “no se ha producido la mala praxis alegada”, ni “concorre la necesaria relación causa-efecto”. Además entienden que la acción “ha prescrito”, pues, habiéndose producido el fallecimiento el día “3 de abril de 2014”, la reclamación no se presenta hasta “el 7 de abril de 2015”.

**10.** Mediante oficio notificado a las reclamantes el 2 de diciembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios 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.

El día 15 del mismo mes, presentan estas un escrito de alegaciones en el que manifiestan que el ingreso del día 19 de marzo se debió a la “clínica de disnea”, e insisten en que la “clínica cardíaca (...) se inició” ya en el Hospital “X”. También rechazan que la acción se encuentre prescrita, pues la reclamación se presentó el 31 de marzo de 2015.

**11.** El día 22 de diciembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en los informes emitidos en el curso del procedimiento. También señala que “la reclamación fue presentada el 31 de marzo de 2015, y no el 7 de abril como equivocadamente” se indica en el informe emitido por el gabinete jurídico privado que informa a instancia de la compañía aseguradora.

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de enero de 2016, 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 las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar mediante 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 en una oficina de correos con fecha 31 de marzo de 2015, habiendo tenido lugar el fallecimiento del paciente por el que se reclama el día 3 de abril de 2014, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, advertimos en la práctica administrativa, y en relación con el registro de la Administración del Principado de Asturias, los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, entre otros, y a las consideraciones allí realizadas nos remitimos.

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.-** Las reclamantes solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su hermano que vinculan a la asistencia sanitaria recibida con ocasión de un ingreso hospitalario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditada la defunción de su familiar, por lo que hemos de presumir el daño moral que esto supone para ellas.

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

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

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de

acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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 -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- 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, en relación con los síntomas presentados, 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*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular tiene la carga de acreditar los hechos en los que funda su pretensión, así como de probar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Las interesadas centran su imputación en la asistencia sanitaria dispensada a su hermano con ocasión del ingreso efectuado durante los días 19 y 24 de marzo de 2015 en el Hospital "Y", afirmando que no se prestó "atención alguna a la grave clínica cardiológica sufrida" y evidenciada durante el mismo. Sin embargo, no aportan ningún informe médico que sustente sus conclusiones, por lo que hemos de formar nuestro juicio al respecto con base en los incorporados al expediente a instancia de la Administración durante la instrucción del procedimiento.

Las perjudicadas señalan, en concreto, que la clínica de disnea que presentaba el paciente en el momento del ingreso, junto con los resultados de dos electrocardiogramas realizados el mismo día 19, "permitían diagnosticar, o al menos `sospechar`, el cuadro de infarto agudo de miocardio sufrido" que causó su ingreso el 27 de marzo en el referido centro hospitalario. De forma secundaria, también refieren que, pese a que en este segundo ingreso el correspondiente "volante" emitido por un facultativo de Atención Primaria reflejaba la "sospecha de una endocarditis bacteriana", esta "tampoco fue atendida en (...) la UCI". Entienden que la existencia de infección, confirmada por hemocultivos realizados el día antes del fallecimiento, exigía la instauración de un tratamiento antibiótico que habría mejorado el pronóstico del paciente.

A esta última cuestión debemos referirnos en primer lugar, pues a ella responde el informe emitido el 16 de junio de 2015 por el Director del Área de Gestión Clínica de la UCI del Hospital "Y". En él, tras mencionar la complejidad del diagnóstico de endocarditis, señala que la presencia de "un soplo" como el que se le detectó al paciente en el momento del ingreso "puede tener otras muchas causas; máxime en un caso de (infarto agudo de miocardio) con severa disfunción miocárdica", como el que sufría entonces. También razona que "los datos clínicos y exploratorios durante su ingreso (...) no apoyan de entrada este diagnóstico", y que solo "al final de su estancia en la Unidad se aprecia fiebre alta y datos de infección sistémica", confirmada "inmediatamente antes de su traslado" al Hospital "Z", por lo que no se inició "tratamiento antibiótico empírico". En suma, puede compararse con el informe técnico de evaluación la corrección de la actuación sanitaria desplegada con ocasión del segundo

ingreso, que solo se cuestiona en el extremo reseñado, sin que las perjudicadas se refieran al mismo en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia.

En estas las afectadas insisten en los reproches relativos al primer ingreso en el Hospital "Y", reiterando que la disnea fue el motivo principal del mismo, pues así figura en el "parte de consulta y hospitalización" emitido el día 19 de marzo de 2014. Efectivamente, en él (folio 83) consta que el paciente "demanda asistencia por disnea y diarrea con náuseas", pero lo cierto es que las notas de progreso de la historia clínica avalan el contenido del informe del responsable del Servicio en el que aquel estuvo ingresado entre el 19 y el 24 de marzo. En ellas se refleja que el paciente presentaba un "cuadro de sobreinfección" drenado en el Hospital "X" el día anterior y que persistía "malestar general, hiperglucemia, náuseas y febrícula". El día 20 de marzo se deja constancia de que "refiere encontrarse fatigado" y con "cierta disnea de esfuerzo", por lo que se realiza "Rx tórax urgente" en la que se aprecia "discreto patrón intersticial con engrosamiento peribronquial, sin otros signos de fallo cardíaco", aludiéndose también a la realización de una Rx de tórax el día anterior -19 de marzo- cuyos resultados fueron normales.

Respecto a los electrocardiogramas efectuados el 19 de marzo de 2014, que obran incorporados a la historia clínica, las reclamantes sostienen que eran compatibles "con infarto agudo de miocardio", y se basan para ello en el contenido del informe de alta de hospitalización de 3 de abril de 2014 (correspondiente al segundo ingreso). En él figura, en el epígrafe relativo a "enfermedad actual", y tras aludir a un ingreso el día 19 de marzo de 2014, la referencia a un "ECG al ingreso compatible con (infarto) agudo anterior extenso (con BRDHH, rítmico, sin ondas p), no determinaciones de biomarcadores de daño miocárdico)". Entre las "exploraciones complementarias" que se practican, se encuentra un "ECG: RS con EV, FC 80, BAV primer grado (infarto agudo de miocardio) anterolateral que parece evolucionado". Efectivamente, de su literalidad parece desprenderse que la primera mención se refiere al ECG realizado el día 19 y la segunda al efectuado el 27 de marzo. El informe emitido por la Unidad de Gestión Clínica de UCI del Hospital "Y" no aclara este extremo,

pues se limita a pronunciarse, como hemos señalado, en relación con la sospecha de endocarditis que existía en el segundo ingreso. En las notas de progreso correspondientes al día 27 de marzo se consigna "ECG patológico en el ingreso de 19-03", pero ello ciertamente no equivale a que dicha prueba indicara la existencia de infarto.

Por nuestra parte, advertimos que la hora de ingreso en el Servicio de Cirugía (2:48) es posterior a las que figuran en los electrocardiogramas (1:45 y 2:30), de lo que cabe deducir que se habrían realizado en el Servicio de Urgencias, al que acude en primer lugar el paciente. En el formulario correspondiente (folio 81) constan las referencias de "exploración cardíaca normal" y "Rx (...) normal", sin ninguna mención específica a los electrocardiogramas. En consecuencia, el informe técnico de evaluación es contundente al afirmar que es el día 27 de marzo de 2014 "cuando presenta un ECG compatible con (infarto) agudo anterior extenso, no en el ingreso anterior".

Dicho informe establece también con carácter general que hasta el segundo ingreso en el Hospital "Y", es decir, el que tiene lugar el día 27 de marzo de 2014, "el paciente no había presentado una clínica sugestiva de infarto de miocardio". Los datos obrantes en el expediente avalan tal aseveración, pues las notas de progreso correspondientes al segundo ingreso (el que se inicia a partir del día 27 de marzo ante la aparición del infarto) reflejan "disnea progresiva de unos 7-10 días de evolución hasta hacerse de reposo, sin dolor torácico en ningún momento". Es decir, que la disnea no estaba acompañada de otra sintomatología indicativa de que el paciente hubiera sufrido en el momento del primer ingreso y a lo largo del mismo ninguna patología de tipo cardíaco, lo que confirman las pruebas realizadas durante esos días -dos electrocardiogramas y una Rx de tórax- y para cuya interpretación, como acabamos de señalar, hemos de valernos del criterio expresado en el informe técnico de evaluación, a falta de cualquier otro que avale las afirmaciones de las perjudicadas.

Por tanto, de acuerdo con la documentación obrante en el expediente, no se encuentra justificado médicamente que el alta concedida el día 24 de

marzo de 2014 fuera improcedente, pues no se ha acreditado -como sostienen las reclamantes- que el paciente fuera “dado (...) de alta (...) infartado”; al contrario, en las notas de progreso correspondientes al día del alta se refleja que “se encuentra bien”, anotándose los dos días anteriores (22 y 23 de marzo) “sin incidencias” y “buena evolución”. En este sentido, hemos de reparar en que, a tenor del razonamiento de las interesadas, el infarto que revelaría el ECG del día 19 de marzo habría persistido, sin otras manifestaciones clínicas, durante los cinco días del ingreso; posibilidad que, en buena lógica, parece ciertamente improbable.

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

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.