

Expediente Núm. 64/2016  
Dictamen Núm. 94/2016

**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 14 de abril 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 17 de febrero de 2016 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, 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 hijo tras una angioplastia.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 30 de abril de 2015, los interesados presentan en el registro de la Agencia Estatal de Administración Tributaria de Mieres una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- en la que solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su hijo, que atribuyen a una “falta de medios”. La reclamación

tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 5 de mayo de 2015.

Refieren que el 29 de octubre de 2014 su hijo "acude al Hospital `X´, sobre las 12:00 horas (...), tras sufrir dolor precordial irradiado a brazo izquierdo, acompañado de sudoración y malestar que persiste unas 2 horas". Se le diagnostica "(síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST) (...), con disminución severa de ventrículo izquierdo y aquinesia apical (...). Se precisa su ingreso hospitalario". Relatan que "se trata con medicación, se activa código corazón (y) es trasladado a las 13:07 horas al Hospital `Y´ para realización de coronariografía urgente", que muestra la "existencia de una obstrucción del 100% de la arteria descendente anterior en parte proximal. Se le interviene mediante (angioplastia coronaria transluminal percutánea) con aspiración del trombo e implante de 2 stents liberadores de Zotarolimus, con buen resultado final. Se le realiza ECG a los 90 minutos del cateterismo" y el médico que "le trata les manifiesta que va a quedar en la UVI ingresado y en 2-3 días pasará a planta. La médico entrante cambia de parecer y les informa que el enfermo se devuelve al hospital de origen".

Reseñan que "se le traslada de nuevo al Hospital `X´. A su llegada (...) se le diagnostica nuevo episodio de dolor epigástrico con deterioro hemodinámico severo, evolucionando hacia un shock cardiogénico con (edema agudo de pulmón). Se le estabiliza y se le traslada de nuevo al Hospital `Y´". En este centro "se le repite la coronariografía, comprobando la permeabilidad de los stents sobre la descendente anterior, pero hay una obstrucción de la 1.<sup>a</sup> arteria diagonal que no se veía en el estudio hemodinámico previo. Se le realiza (angioplastia coronaria transluminal percutánea) e implante de stent liberador de Zotarolimus sobre diagonal I con buen resultado final. Se implanta (balón de contrapulsación intraaórtico) vía femoral con mala evolución, control por ECO con disfunción muy severa del VI, precisando aminas a dosis altas, IOT y conexión a ventilador mecánico. Se decide su traslado al (Hospital `Z´) por implante de (oxigenación extracorpórea por membrana) vena-arterial", que se

le realiza de urgencia el 30 de octubre en este hospital tras su ingreso, “con inestabilidad cardíaca y circulatoria que precisa de tratamiento médico (...). Mala evolución a partir del 3 de noviembre de 2014, presentando deterioro respiratorio, con sepsis posterior, sin mejoría de su infección. Empeora de forma paulatina y fallece el día 12 de noviembre de 2014”.

Afirman que el diagnóstico de “(síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST) (...) fue correcto, así como (...) la activación del código corazón”. Indican que “el Hospital `X` lo traslada al Hospital `Y`, ya que el paciente debe estar en un área específica al activarse el código corazón”, y consideran que “el tratamiento que recibe inicialmente en `Y` a la llegada del primer traslado del Hospital Valle `X` es correcto; según los datos aportados se le realiza (una angioplastia coronaria transluminal percutánea) con aspiración de trombo en descendente anterior y colocación de dos stent con Zotarolimus”.

Sin embargo, sostienen que “el traslado del Hospital `Y` al Hospital `X` la tarde del 29 de octubre no fue correcto por diversas cuestiones”, toda vez que “la angioplastia puede tener complicaciones por sí misma y requiere reposo y vigilancia posoperatoria”. Subrayan que “el paciente no está en situación médica de ser trasladado, sino de ingresar en UVI coronaria del Hospital `Y`”, y que “al llegar la UVI móvil a recogerle se queja de dolor epigástrico, en el ECG persiste ligera elevación del ST y está muy nervioso”, y especifican los parámetros alterados de frecuencia cardíaca, tensión arterial y saturación de oxígeno que presentaba entre las 16:40 y las 17:05 horas.

Aluden al informe del Hospital “X”, en el que se consigna al recibir el paciente “tras cateterismo inicio de dolor epigástrico intenso irradiado a región lumbar, a pesar de lo cual se traslada a nuestro centro”, precisando que “llega con intenso dolor epigástrico, sensación nauseosa y ganas de defecar, hipertenso y taquicárdico”.

Señalan que “la situación previa a la intervención quirúrgica (infarto agudo de miocardio con disminución severa de ventrículo izquierdo y aquinesia apical) indica una situación grave que no se supera de modo inmediato con la

angioplastia + stent, sino que requiere vigilancia y tratamiento médico posterior en la unidad coronaria (de la que no dispone el Hospital `X´)”. Asimismo, ponen de relieve que “hay que conocer los medios disponibles en el Hospital `X´ para aceptar el traslado del paciente tras la primera angioplastia + stent./ No se dispone de unidad de coronaria y, dado su estado, no pudo ser aceptado (...); finalmente mencionar que no se han puesto todos los medios necesarios y disponibles para un tratamiento correcto en este caso porque no se le trasladó a la Unidad Coronaria del Hospital `Y´ tras la primera angioplastia, teniendo como consecuencia y secuelas el fallecimiento del paciente”.

A su juicio, “puede concluirse una falta de medios por haber trasladado al paciente desde el Hospital `Y´ al Hospital `X´ la tarde del 29 de octubre de 2014, cuando debería haberse quedado en observación en el Hospital `Y´ en la UVI coronaria para prevenir y resolver las complicaciones tras la cirugía del stent que le habían (realizado) y evitar su fallecimiento”.

Afirman que “el resultado de esta actuación ha sido el fallecimiento del paciente”.

Solicitan una “indemnización por fallecimiento del paciente por (...) mala praxis médica que valoran, de conformidad con el baremo de accidentes de tráfico, en ciento cinco mil cuatrocientos cuarenta y ocho euros con noventa y tres céntimos (105.448,93 €).

Tras dejar reseñado que “el Hospital `Y´ se ha negado a facilitar el historial e informes médicos del paciente”, adjuntan, entre otros, los siguientes:

- Documento nacional de identidad de los reclamantes.
- Comprobante de recepción de informes del paciente, emitido por el Servicio de Atención al Usuario del Hospital “Y” y suscrito por la reclamante el 19 de enero de 2015.
- Cuatro informes de asistencia de la Central de Coordinación del SAMU en Asturias del día 29 de octubre de 2014, de las 12:36 horas, relativo al traslado del Hospital “X” al Hospital “Y”; de las 15:02 horas, sobre retorno del paciente nuevamente al Hospital “X”; de las 18:21 horas, referido a un nuevo traslado desde este centro al Hospital “Y”, y de las 22:45 horas, que corresponde a la

remisión del enfermo al Hospital "Z". d) Informe de alta del Servicio de Urgencias del Hospital "X", de 29 de octubre de 2014, relativo a un ingreso efectuado ese mismo día, a las 12:26 horas, tras "dolor torácico". Como antecedentes constan "hábitos tóxicos. Fumador de 20 cigarrillos/día. Bebedor ocasional. A seguimiento en Urología por impotencia funcional en probable relación con consumo de cannabis". En el apartado de enfermedad actual consta que "acude por cuadro de dolor retroesternal con sudoración y mareos irradiado a mandíbula y brazo izquierdo de unas 2 horas y media de evolución (comenzó a las 10 horas)", siendo la impresión diagnóstica de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y se decide "traslado a 'Y' (activado código corazón)", pautándose, entre otros tratamientos, "morfina". e) Informe de alta del Servicio de Cardiología del Hospital "Y", de 29 de octubre de 2014, por traslado a otro hospital a las 16:38 horas. Consta un ingreso a las 14:10 horas del mismo día y como motivo de la consulta "código corazón". Se reflejan antecedentes, enfermedad actual, exploración física y juicio clínico de "(síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST) anterior extenso, ritmo sinusal. Killip I. Disfunción VI severa". En el apartado relativo a actitud se anota que "permanece en Unidad Coronaria, quedando pendiente de traslado a su hospital de referencia. Al llegar la UVI móvil el paciente se queja de dolor epigástrico de características pleuríticas que cede con analgesia". f) Informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "X", de 29 de octubre de 2014, a las 18:31 horas, tras un ingreso el mismo día sobre las 17:33 horas. En enfermedad actual se refleja "retorno tras código corazón esta mañana (...). Tras cateterismo inicio de dolor epigástrico intenso irradiado a región lumbar, a pesar de lo cual se traslada a nuestro centro. Llega con intenso dolor epigástrico, sensación nauseosa y ganas de defecar, hipertenso y taquicárdico. Refiere que los síntomas no se parecen a los de esta mañana. A lo largo de su estancia, progresiva desaturación, entrando en (edema agudo de pulmón), persistiendo dolor a pesar de CI mórfico, furosemida, SNF". Se anotan los resultados de la exploración física y de las complementarias, y se reseña, en el

apartado relativo a evolución y comentarios, "(infarto agudo de miocardio) anterior, colocación de 2 stents con episodio de dolor y (edema agudo de pulmón) en el periodo inmediato tras estudio hemodinámico; se remite de nuevo a hemodinámica para descartar obstrucción precoz de los stents". Como impresión diagnóstica figura "(infarto agudo de miocardio) anterior. Enfermedad coronaria de un vaso: obstrucción trombótica DA, colocación stents con Zotarolimus en DA proximal" y "descartar obstrucción precoz de DA". g) Informe de alta del Servicio de Cardiología del Hospital "Y", relativo a un ingreso el 29 de octubre de 2014, a las 20:46 horas. En enfermedad actual figura que "en el Hospital `X` presenta episodio de edema agudo de pulmón, por lo que lo trasladan de nuevo para coronariografía", y en el apartado de evolución que "en hemodinámica se realiza revascularización de la primera diagonal. Presenta desaturación al estar en decúbito, que mejora con O<sub>2</sub> y maniobras de apertura de vía aérea. Queda con balón de contrapulsación manteniendo tensiones, saturaciones del 95% y comenzando a orinar, aunque persiste taquicárdico y algo disnéico, por lo que se decide contactar con el Servicio de Cirugía Cardíaca del (Hospital `Z`) para asistencia ventricular. Antes de la llegada de la UVI móvil se decide intubar, ya que presenta signos de preshock". El juicio clínico es de "(síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST) anterior extenso. Ritmo sinusal. (Edema agudo de pulmón). Disfunción VI severa". h) Certificado de defunción del hijo de los interesados.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias  
<http://www.ccasturias.es>

**2.** Mediante oficio de 12 de mayo de 2015, el Jefe de la Sección de Asuntos Generales y Régimen Interior del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios. Consta registrada de entrada en la Administración del Principado de Asturias el 13 de mayo de 2015.

**3.** El día 25 de mayo de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su

reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fecha 29 de mayo de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias del Hospital "X" y de las Áreas Sanitarias IV y V una copia de la historia clínica del paciente y un informe de los correspondientes Servicios de Cardiología. Reitera la petición a la Gerencia del Área Sanitaria IV el día 20 de julio de 2015.

Mediante oficio de 10 de junio de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VIII traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la documentación solicitada. En la historia clínica figuran -entre otros- algunos de los documentos que se adjuntan a la reclamación, con el mismo contenido.

El responsable de la asistencia en la UCI emite informe el 9 de junio de 2015. En él señala, en cuanto a la asistencia dispensada al paciente el día 29 de octubre de 2014, que se remite al informe elaborado. Resume que "se trata de un paciente joven que había sufrido un infarto agudo de miocardio esa mañana, por lo que, siguiendo el protocolo 'código corazón' de nuestra Comunidad, se trasladó al Hospital 'Y' para realizar angioplastia primaria; tras lo cual, y siguiendo el mismo protocolo, se traslada a nuestro centro cuando la situación del paciente lo permite. En este caso el paciente sale de la sala de hemodinámica del Hospital 'Y' a las 16 h 40 min (el cateterismo figura finalizado a las 14 h 30 min); antes del traslado se solicita nuestra aceptación (se comprueba que tenemos camas) y se traslada, dando por hecho que se trata de pacientes inicialmente estables, para vigilar por si se deteriora".

Manifiesta que "tras salir de hemodinámica el paciente presenta dolor epigástrico que fue valorado por el cardiólogo 'Y' y etiquetado como pleurítico. En las primeras constantes del SAMU, encargado del traslado (...), la TA era 150/116 y la FC 129 y se refleja dolor epigástrico, a pesar de lo cual se continúa el traslado. El paciente llega a nuestro centro a las 17 h 30 min con

persistencia e incremento del dolor taquicárdico (135 min), hipertenso (150/109) y con progresiva entrada en edema agudo de pulmón, por lo que se comenta de nuevo con Cardiología `Y` para volver a remitir y valorar nuevo cateterismo, siendo trasladado a las 18 h 30 min”.

Aclara que “en la historia figura únicamente el informe de alta y no nota clínica, dado que el paciente estuvo solo el tiempo mencionado (una hora) y en ese periodo, además del tratamiento agudo y vital, tuve que elaborar el informe de traslado, donde constan todos los hechos”.

El día 15 de junio de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cardiología y una copia de la historia clínica, en la que figuran, entre otros, algunos de los documentos que se acompañan a la reclamación, con el mismo contenido.

El Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital “Y” proporciona, con fecha 13 de enero de 2015, información “complementaria de los dos informes emitidos por el Servicio de Cardiología con anterioridad”.

Señala que el 29 de octubre de 2014 el hijo de los reclamantes “es trasladado por el SAMU desde el Hospital `X` por código corazón (...) debido a (síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST) anterior./ Se realiza por procedimiento de urgencia cateterismo cardíaco, evidenciándose obstrucción 100% de DA proximal, procediéndose a la aspiración del trombo e implante de dos stents Zotarolimus con buen resultado angiográfico. El ecocardiograma previo descarta patología aórtica, observándose disfunción severa del ventrículo izquierdo./ Tras el procedimiento el paciente es trasladado a la Unidad Coronaria, en donde se encuentra hemodinámicamente estable, sin signos de insuficiencia cardíaca, Killip I. Presenta un episodio de dolor epigástrico sin características coronarias y sin cambios eléctricos en la monitorización que cede con analgesia. El paciente había sido estudiado en varias ocasiones e ingresado en el año 2013 por episodios de dolor epigástrico en el Hospital `Z` (...) que fueron interpretados como de probable etiología

vascular no oclusivo secundario a consumo de cannabis y síndrome cannabinoide. En este momento el paciente continuaba consumiendo, como evidencia el análisis positivo en orina para cannabis./ La Unidad Coronaria del (Hospital `Y´) dispone de cuatro boxes para atender a los pacientes críticos coronarios del Área V (Gijón) y código corazón para angioplastia primaria de las Áreas V (Gijón), VI (Arriondas) y VIII (Sama de Langreo)“.

Hace constar que “la tarde del 29 de octubre estaban todos los boxes ocupados y se recibió una alerta del SAMU para otro código corazón, motivo por el que se procedió a trasladar, como es habitual siempre que el SAMU dispone de ambulancia de traslado (9 a 21 horas) al paciente (...) a su hospital de origen, en base a que el procedimiento intervencionista ya se ha realizado, se encuentra estable y es aceptado el traslado por la UCI del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital `X´”.

Indica que “en la UCI del `X´ se deteriora progresivamente la situación del paciente, que entra en insuficiencia cardíaca aguda. Por sospecha de trombosis de stent se solicita nuevo traslado a nuestro centro para valoración angiografía./ El nuevo cateterismo muestra DA permeable sin signos de trombosis y una lesión en la primera diagonal a la que se implanta un stent de Zotarolimus. Esta lesión no había sido valorada en el primer procedimiento, al encontrarse la arteria taponada por la lesión de la DA. Dada la poca entidad de este vaso, no parece que haya sido la causante del agravamiento del paciente y sí lo haya sido la disfunción severa del VI secundaria a la DA revascularizada en el primer procedimiento (...), que no consiguió remontar la función ventricular a pesar de la recuperación del flujo coronario./ Ante la situación de shock cardiogénico ya revascularizado, disfunción severa de ventrículo izquierdo y fallo respiratorio, se implanta balón de contrapulsación intraaórtico, se intuba al paciente conectándolo a ventilación mecánica y, tras acuerdo con el Servicio de Cirugía Cardíaca, se traslada a la UVI del (Hospital `Z´) para implante de asistencia circulatoria y, según evolución, valorar trasplante cardíaco./ Analizadas las actuaciones previas y la rápida evolución del cuadro, podemos

deducir que las decisiones tomadas fueron correctas en función de los acontecimientos relatados, y que incluso aunque el paciente hubiera permanecido ingresado en el (Hospital `Y´) el traslado al (Hospital `Z´) hubiera sido inevitable”.

El día 24 de julio de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente y el informe emitido por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital “Z” el 17 de ese mismo mes.

Consta en el referido informe que, “analizada la historia clínica (...), vemos que ingresa el día 30 de octubre para intervención urgente, pasando directamente de quirófano a UVI y falleciendo en esa misma Unidad el día 12 de noviembre, según consta en el informe ya emitido por Medicina Intensiva”.

**5.** El día 3 de septiembre de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En el señala que “el traslado (...) desde el Hospital `Y´ al Hospital `X´ es, según los reclamantes, el que da pie a su reclamación, al considerar que no debió realizarse y que el paciente debió permanecer en el Hospital `Y´ por tener unidad coronaria. Sin embargo, el paciente se encontraba estable, con un ECG asintomático salvo ligera elevación residual de ST. El dolor coronario había cedido y presentaba dolor de origen pleurítico. Antes de hacerse el traslado fue valorado por el cardiólogo. El Hospital `X´ cuenta con una UVI con larga experiencia. Dada la poca entidad de la arteria primera diagonal que en el primer cateterismo no se vio ocluida, no parece que esta haya sido la causante del agravamiento del paciente. El fallecimiento del paciente se debe a la evolución de un importantísimo infarto agudo de miocardio que le produjo una disfunción severa del VI secundaria a la obstrucción de la DA que fue revascularizada en el primer procedimiento (...), que no consiguió remontar la función ventricular a pesar de la recuperación del flujo coronario./

Posteriormente, la mala evolución del proceso en el (Hospital `Z´) no es más que el fruto de la importantísima lesión cardíaca sufrida”.

Concluye que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*.

**6.** Mediante oficios de 7 de septiembre de 2015, 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.

**7.** Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito el 16 de noviembre de 2015 por un especialista en Cardiología y Enfermedades Cardiovasculares. En él efectúa diversas consideraciones médicas sobre el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST y las dos estrategias que se plantean para conseguir abrir la arteria obstruida. Así, señala que la fibrinólisis se realiza cuando no se puede abrir el vaso mediante un cateterismo en menos de 120 minutos, y destaca que “en el caso en cuestión, según todas las guías de consenso nacionales e internacionales, se debe realizar cateterismo, como una prueba diagnóstica y terapéutica probada como mejor a la fibrinólisis”. Tras explicar en qué consiste el cateterismo, considera “claramente acertada la estrategia de activación del ‘código corazón’ trasladando al paciente a un centro donde se pudiera realizar el cateterismo de manera inmediata, tal y como consta en los informes el paciente fue trasladado en UVI móvil, realizándose el cateterismo según los tiempos optimizados y reglamentarios de las guías de terapéutica actual”, y precisa que “en el paciente se consiguió hacer una angioplastia”, reseñando que hay distintas “variantes y (...) tipos de balones o stent que se pueden usar”.

Afirma que “la opción de la técnica de revascularización corresponde al hemodinamista, que elegirá la mejor de las opciones según la anatomía coronaria, el tipo de obstrucción y las características basales del paciente”.

Indica que después de la angioplastia, “donde se optó por realizar la revascularización mediante implante de 2 stent farmacoactivos, el paciente fue trasladado a su hospital de referencia mediante UVI móvil”, y afirma que “esto se realiza ampliamente en nuestro país dependiendo de los protocolos (...) validados en cada centro. Por otro lado (...), el paciente fue trasladado de nuevo a la UVI del Hospital `X`”.

Pone de relieve que “en nuestro país todas las UVI cumplen criterios y estándares estrictos para poder ser aprobado tanto su funcionamiento como su continuidad, donde se incluye claramente el uso de todas las medidas terapéuticas convencionales para el tratamiento de los infartos agudos de miocardio”. Por ello, “no puede considerar inadecuado el traslado a una unidad de vigilancia intensiva ni menospreciar su capacidad terapéutica, dado que no hay datos que reflejen una deficiencia en la estrategia diagnóstica y terapéutica en dicho centro./ De hecho, el paciente se traslada de nuevo a la UVI del Hospital `Y` el mismo día para la realización de otro cateterismo, no por incapacidad terapéutica o diagnóstica de la UVI del Hospital `X`”.

Especifica que “una vez vuelve al Hospital `Y` se realiza nuevo cateterismo, donde se observa que los stents previamente implantados están permeables, solo que (...) que una de las ramas diagonales (...) muestra ahora una lesión susceptible de revascularización, por lo que se realiza nueva angioplastia sobre dicha lesión implantando un stent farmacoactivo”.

Sostiene que “el infarto que sufre el paciente corresponde a uno de los infartos más devastadores existentes, prueba de ello fue su evolución hacia la insuficiencia cardíaca-edema agudo de pulmón. En este contexto, lo sucedido desde el punto de vista fisiopatológico corresponde a una incapacidad del corazón para eyectar con fuerza suficiente (se produjo una pérdida de fuerza del corazón secundario al infarto) la sangre que le llega desde los pulmones, de

modo que esta sangre se acumula retrógradamente en los pulmones saliendo el `agua` de la sangre hacia el intersticio pulmonar". Añade que dicha falta de fuerza impedía "perfundir el resto de órganos del cuerpo (...), situación que se conoce como shock cardiogénico. Esto es ampliamente conocido en relación con los infartos y afirma su gravedad, existiendo una clasificación específica (Killip)", poniendo de manifiesto que este paciente presentaba "el peor de los escenarios, mostrando una categoría Killip IV".

Asegura que el shock cardiogénico "conlleva en un porcentaje inmenso de casos al fallecimiento del paciente a pesar de las medidas ordinarias o extraordinarias (...). No existe ningún fármaco que *per se* haga recuperar la fuerza al corazón de manera aguda, de modo que en la evolución queda reflejado el uso de las máximas medidas existentes para poder mantener con vida al paciente. Estas medidas deben ser y fueron correctamente escalonadas, como (...) el uso de fármacos inotrópicos, posteriormente el implante de un balón aórtico de contrapulsación y, tras la mala evolución, incluso el traslado a otro centro sanitario que pudiera aportar medidas excepcionales", como el "sistema de oxigenación extracorpórea por membrana". Hace constar que el paciente "presenta una evolución desfavorable, terminando en el fallecimiento (...) en el Hospital `Z` a pesar de haber aportado el máximo terapéutico (...) que existe en nuestro medio".

Concluye que "el infarto fue correctamente diagnosticado y tratado (...). No se puede considerar que el traslado de nuevo a la UVI del Hospital `X` corresponda a una desviación de la *lex artis*. Además, dicho traslado no guarda una relación médico-pericial que pudiera haber modificado el curso evolutivo del infarto presentado (...). Se realizaron y ejecutaron todas las medidas diagnósticas y terapéuticas posibles, según se documenta en la historia clínica (...). El paciente fallece de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST masivo y refractario a medidas ordinarias y extraordinarias realizadas sobre el mismo (...). No se encuentran en el caso desviaciones de la

*lex artis* respecto al manejo de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST”.

**8.** Obra incorporado al expediente el informe emitido por un gabinete jurídico privado el 26 de noviembre de 2015, también a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias. En él se concluye que “la actuación del equipo médico del Servicio de Salud del Principado de Asturias fue diligente y adecuada a la *lex artis*”.

**9.** Mediante escrito notificado a los reclamantes el 19 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.

Con fecha 21 de diciembre de 2015, se personan estos en las dependencias administrativas y obtienen una copia de la documentación incorporada a aquel, según consta en la diligencia extendida al efecto.

No consta en él que se hayan presentado alegaciones.

**10.** Con fecha 19 de enero de 2016, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros 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 el expediente que se da cumplimiento a dicho requerimiento el 28 de enero de 2016.

**11.** El día 1 de febrero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos, razonando

que “el fallecimiento del paciente se debe a la evolución de un importantísimo infarto agudo de miocardio”.

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de febrero 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 los interesados, en cuanto padres del fallecido, activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 30 de abril de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 12 de noviembre 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.

Ahora bien, 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 dimanantes del fallecimiento del hijo de los reclamantes, que atribuyen a una “falta de medios”.

Resulta del expediente el óbito del joven -25 años de edad- en el Hospital “Z” el día 12 de noviembre de 2014, por lo que debemos apreciar la realidad de un daño moral sufrido por sus progenitores.

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.

Hemos de aludir, en primer lugar, a la manifestación de los interesados de que “el Hospital `Y´ se ha negado a facilitar el historial e informes médicos del paciente”. Este reproche queda desvirtuado con el comprobante de recepción de los informes emitido por el Servicio de Atención al Usuario del referido hospital, y suscrito por la perjudicada el 19 de enero de 2015, que se adjunta al escrito inicial (folio 59).

En cuanto al fondo del asunto, la reclamación se refiere a la asistencia sanitaria dispensada al hijo de los interesados con ocasión de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

Nos encontramos con un paciente de 25 años que reconoce hábitos tóxicos (tabaco, alcohol moderado y cannabis). Sus padres -ahora reclamantes- relatan pormenorizadamente la asistencia que se le dispensó entre los días 29 de octubre de 2014, en que acude al Hospital "X" con -entre otros síntomas- dolor retroesternal, y el día 12 de noviembre del mismo año, en que fallece en el Hospital "Z".

Por lo que se refiere al día 29 de octubre de 2014, la asistencia respondió a la activación del protocolo "código corazón", se dispensó en tres hospitales públicos y conllevó cuatro traslados en UVI. Se inicia en el Hospital "X", y el paciente es trasladado (12:36 horas) al Hospital "Y" para una angioplastia que se le realiza con buen resultado, tras la cual regresa (en UVI a las 15:02 horas) al hospital de origen. Allí presenta un episodio de edema agudo de pulmón, por lo que a las 18:21 horas es trasladado de nuevo al Hospital "Y", donde se le practica una segunda angioplastia con buen resultado. Como no remonta totalmente la situación se decide su traslado al Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital "Z", que se lleva a cabo sobre las 22:45 horas con signos de preshock cardiogénico".

Los reclamantes se muestran conformes con la asistencia dispensada a su hijo hasta el segundo de los traslados en UVI móvil. Así, manifiestan en su escrito inicial que "el diagnóstico de (síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST) (...) fue correcto, así como (...) la activación del código corazón", precisando que "el Hospital `X` lo traslada al Hospital `Y`, ya que el paciente debe estar en un área específica al activarse el código corazón". Sostienen que "el tratamiento que recibe inicialmente en `Y` a la llegada del primer traslado del Hospital `X` es correcto".

Sin embargo, reprochan el traslado de su hijo desde el Hospital "Y" al Hospital "X" tras la realización de la primera angioplastia, al considerar que no

fue correcto. En este sentido, señalan que el médico que “le trata les manifiesta que va a quedar en la UVI ingresado y en 2-3 días pasará a planta. La médico entrante cambia de parecer y les informa que el enfermo se devuelve al hospital de origen”, y ponen de relieve que “al llegar la UVI móvil a recogerle se queja de dolor epigástrico, en el ECG persiste ligera elevación del ST y está muy nervioso”, con alteración de constantes.

Consideran que tras la angioplastia su hijo no estaba en situación de ser trasladado de nuevo al Hospital “X”, pues requería reposo, vigilancia y tratamiento médico posterior en una unidad coronaria, de la que no dispone el Hospital “X”, en el que -según dicen-, “dado su estado, no pudo ser aceptado”.

Aprecian “una falta de medios por haber trasladado al paciente desde el Hospital `Y` al Hospital `X` la tarde del 29 de octubre de 2014, cuando debería haberse quedado en observación en el Hospital `Y` en la UVI coronaria para prevenir y resolver las complicaciones tras la cirugía del stent que le habían (realizado) y evitar su fallecimiento”.

Entrando en el análisis de las alegaciones que plantean, ha de reiterarse que el fallecimiento del paciente no acredita que la asistencia que se le dispensó haya sido incorrecta, pues la obligación del servicio de salud es una obligación de medios. No conlleva la de mantener la vida de todos los pacientes, ya que es materialmente imposible.

Los interesados no aportan ninguna prueba de la relación de causalidad que establecen entre el segundo de los traslados en UVI del paciente -de los cuatro que fueron realizados el 29 de octubre de 2014- y su fallecimiento el día 12 de noviembre del mismo año.

Además, se han emitido en el procedimiento informes que descartan tal vínculo. Así, el informe técnico de evaluación señala que “el fallecimiento del paciente se debe a la evolución de un importantísimo infarto agudo de miocardio que le produjo una disfunción severa del VI secundaria a la obstrucción de la DA que fue revascularizada en el primer procedimiento (...), que no consiguió remontar la función ventricular a pesar de la recuperación del

flujo coronario". Añade que "la mala evolución del proceso" en el Hospital "Z" "no es más que el fruto de la importantísima lesión cardíaca sufrida". Según el informe del especialista en Cardiología y Enfermedades Cardiovasculares, el traslado de nuevo a la UVI del Hospital "X" "no guarda una relación médico-pericial que pudiera haber modificado el curso evolutivo del infarto presentado", y "el paciente fallece de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST masivo y refractario a medidas ordinarias y extraordinarias realizadas sobre el mismo".

En cuanto al traslado, el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital "Y" hace constar en su informe de 13 de enero de 2015 que la Unidad Coronaria del hospital "dispone de cuatro boxes para atender a los pacientes críticos coronarios del Área V (Gijón) y código corazón para angioplastia primaria de las Áreas V (Gijón), VI (Arriondas) y VIII (Sama de Langreo)". Explica que "la tarde del 29 de octubre estaban todos los boxes ocupados y se recibió una alerta del SAMU para otro código corazón, motivo por el que se procedió a trasladar, como es habitual siempre que el SAMU dispone de ambulancia de traslado (9 a 21 horas), al paciente (...) a su hospital de origen, en base a que el procedimiento intervencionista ya se ha realizado, se encuentra estable y es aceptado el traslado por la UCI del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "X", en contra -esto último- de lo manifestado por los reclamantes. El informe técnico de evaluación hace constar, además, su "larga experiencia".

El especialista en Cardiología y Enfermedades Cardiovasculares informa que "en nuestro país todas las UVI cumplen criterios y estándares estrictos para poder ser aprobado tanto su funcionamiento como su continuidad, donde se incluye claramente el uso de todas las medidas terapéuticas convencionales para el tratamiento de los infartos agudos de miocardio", por lo que rechaza como inadecuado el traslado a la unidad de vigilancia intensiva del referido hospital. Añade que no se puede "menospreciar su capacidad terapéutica, dado que no hay datos que reflejen una deficiencia en la estrategia diagnóstica y

terapéutica en dicho centro". De hecho, los reclamantes nada oponen a la misma.

Sobre el dolor que el paciente presentaba en el momento de decidir su traslado, según los informes que se adjuntan a la reclamación se trataba de un dolor epigástrico de características pleuríticas que cedió con analgesia (informe clínico de alta del Servicio de Cardiología del Hospital "Y"). En el informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "X" consta que el propio paciente "refiere que los síntomas no se parecen a los de esta mañana".

El Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital "Y" añade, en su informe de 13 de enero de 2015, que el paciente "había sido estudiado en varias ocasiones e ingresado en el año 2013 por episodios de dolor epigástrico en el Hospital `Z´ (...) que fueron interpretados como de probable etiología vascular no oclusivo, secundario a consumo de cannabis y síndrome cannabinoide". Especifica que "en este momento el paciente continuaba consumiendo, como evidencia el análisis positivo en orina para cannabis".

En la UCI del Hospital "X" el paciente entra en insuficiencia cardíaca aguda y se solicita nuevo traslado al Hospital "Y". Se le realiza una nueva angiografía que muestra una lesión en la primera diagonal, implantándosele un stent de Zotarolimus. Según el informe del Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital "Y" "esta lesión no había sido valorada en el primer procedimiento, al encontrarse la arteria taponada por la lesión de la DA. Dada la poca entidad de este vaso, no parece que haya sido la causante del agravamiento del paciente y sí lo haya sido la disfunción severa del VI secundaria a la DA revascularizada en el primer procedimiento (...), que no consiguió remontar la función ventricular a pesar de la recuperación del flujo coronario". Añade que "ante la situación de shock cardiogénico ya revascularizado, disfunción severa de ventrículo izquierdo y fallo respiratorio se implanta balón de contrapulsación intraaórtico, se intuba al paciente conectándolo a ventilación mecánica y, tras acuerdo con el Servicio de Cirugía Cardíaca, se traslada a la UVI del (Hospital `Z´) para implante de asistencia circulatoria y, según evolución, valorar trasplante cardíaco".

Sobre la asistencia prestada con posterioridad al segundo de los traslados del paciente tanto en el Hospital "Y" como en el Hospital "Z" los reclamantes no formulan reparo alguno.

En definitiva, no puede apreciarse relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y la asistencia que se le dispuso, que fue correcta según todos los informes emitidos en el procedimiento. El Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital "Y" especifica en el informe elaborado tras la reclamación "que incluso aunque el paciente hubiera permanecido ingresado en el (Hospital `Y´) el traslado al (Hospital `Z´) hubiera sido inevitable".

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,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.