

Expediente Núm. 73/2016  
Dictamen Núm. 103/2016

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*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 21 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 22 de febrero de 2016 -registrada de entrada el día 2 de marzo de 2016-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por las secuelas sufridas tras ser intervenida de una estenosis aórtica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 21 de abril de 2015, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que considera una actuación negligente en la asistencia prestada con ocasión de una intervención quirúrgica.

Refiere que fue intervenida de una estenosis aórtica severa el 7 de abril de 2014, reflejándose en el informe correspondiente que “tenía la raíz de la

aorta no dilatada. Válvula de la aórtica pseudobicúspide, fibrosada, no calcificada. Sustituyéndose (por) prótesis St. Jude del número 21. Con un procedimiento sin incidencias”, y que la evolución posoperatoria fue buena, sin incidencias.

Afirma que, sin embargo, la “realidad de lo ocurrido después de la operación fue que (...) presentaba un cuadro etiquetado hipotensivo secundario a reintroducción de medicación hipotensada”, y reseña que llama “poderosamente la atención que no conste en el informe de alta ninguna referencia a la caída de la hemoglobina en torno a  $\frac{3}{4}$  gramos. Caída que es reflejada en los resultados de laboratorio del día 11 de abril de 2014, hemoglobina 8, hematocrito 24,5. Dato que constata y confirma la anemización importante que (...) padeció en un escaso margen de tiempo”.

Precisa que el 11 de abril “permaneció hipotensa a lo largo de todo el día, lo que era síntoma de un taponamiento cardíaco”, y que a pesar de esa evidencia, de las transfusiones que se le efectuaron y de la sospecha fundada por la clínica que presentaba (ingurgitación yugular, disnea, dolor costal, agitación, etc.) no fue trasladada a la Unidad de Vigilancia Intensiva ni a la Unidad de Intermedios para ser monitorizada, lo que considera un primer error médico.

Indica que el 12 de abril existe una leve mejoría y que el día 13 el cirujano acuerda la suspensión de la toma de sueros y se le introduce una dieta sólida de 1.800 calorías. Entiende que “ello supone un riesgo gravísimo añadido, ya que si se confirmaba la sintomatología física que presentaba (...) de un posible taponamiento cardíaco debería de haber seguido con una dieta absoluta, dada la posibilidad de que (...) tuviera que volver al quirófano”, y añade que en tal supuesto existía un riesgo gravísimo de broncoaspiración durante la inducción anestésica, factor con un alto porcentaje de fallecimientos. Ese mismo día 13, ante su estado, es llevada de manera urgente desde la planta 8.<sup>a</sup>, en la que se encontraba, a la 2.<sup>a</sup>, donde están los quirófanos llegando en parada cardiorrespiratoria y necesitando durante más o menos 1

minuto masaje cardíaco. Señala que fue intervenida por esternotomía media de manera urgente, evacuando gran cantidad de coágulos de la cavidad pericárdica y objetivando un punto sangrante en aorta ascendente en punto de inserción de aguja de cardioplegia. Precisa que tras esta operación la evolución fue normal y es dada de alta el 22 de abril de 2014.

Considera que existió una negligencia grave en el tratamiento tras la primera operación, lo que supone una infracción de la *lex artis*, y sostiene que el punto sangrante que padeció se debió a una mala praxis médica, al no haberse sellado todos los puntos de inserción de la aguja de cardioplegia, lo que produjo los coágulos de sangre en la cavidad pericárdica con el consiguiente taponamiento cardíaco.

Insiste en la inadecuación de las actuaciones médicas, al no haberla llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos y a los riesgos de broncoaspiración a los que se la sometió, y concluye que se le han producido una serie de lesiones físicas y psíquicas que concreta en un "temor excesivo, hipersensibilidad cuando recuerda la situación hospitalaria vivida (...). Preocupación y ansiedad excesiva que se prolonga hasta la actualidad./ Dificultad de concentración./ Episodios de desrealización y despersonalización./ Ansiedad generalizada, angustia flotante y estrés postraumático (reviviscencias, recuerdos de gran viveza)./ Pensamientos obsesivos, impulsos mentales./ Angustia, miedo, labilidad emocional, melancolía y tristeza prolongada. Como consecuencia del estrés quirúrgico, y sobre todo del posquirúrgico (...), tiene una crisis de ansiedad que se vivencia como una amenaza hacia su vida y su desempeño diario".

Estima que las actuaciones contrarias a la *lex artis* y la relación de causalidad entre la actuación de la Administración y los daños sufridos imponen la existencia de responsabilidad patrimonial.

Cuantifica la indemnización que solicita en sesenta mil euros (60.000 €).

Adjunta el informe de un especialista en Psicología Clínica.

**2.** Mediante oficio de 22 de mayo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** El día 27 de mayo de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el correspondiente informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Hospital ..... una copia de la historia clínica de la perjudicada relativa al proceso de referencia y un informe del Servicio de Cardiología.

**4.** Con fecha 6 de julio de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la perjudicada y los informes elaborados por el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca y el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital .....

El Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca informa, el 24 de junio de 2015, que tras la intervención la reclamante fue trasladada a planta. Reseña que "el día 11-4-14 presentó un episodio de hipotensión arterial y sudoración y, ante la sospecha de taponamiento cardíaco, se realizaron ecocardiogramas seriados los días 11, 12 y 13 de marzo que resultaron ser negativos para la detección del taponamiento. El día 13 presentó un nuevo episodio de hipotensión con signos clínicos de taponamiento cardíaco, motivo por el cual fue intervenida de urgencia ese mismo día, evacuándose abundantes coágulos y reparando un punto sangrante en aorta ascendente que se controló con sutura directa. La evolución posterior fue satisfactoria y fue dada de alta el día 22-04-15" (*sic*).

Añade que "el taponamiento cardíaco durante la primera semana posoperatoria es una complicación que ocurre en el 3-5% de los pacientes, motivado por coágulos que se localizan dentro de la cavidad pericárdica, y la

forma de diagnosticarlo es mediante un ecocardiograma; prueba que se realizó de forma seriada en esta paciente desde el primer momento. En ciertos casos, debido a dificultades de mala ventana ecocardiográfica o motivado por una localización limitada del coágulo, esta prueba no es capaz de detectarlo. En este caso, a pesar de un resultado negativo de esta prueba, se decidió tratar a la paciente de forma quirúrgica". Finaliza señalando que "las medidas tomadas (...) respondieron a la buena práctica y finalmente su problema fue resuelto con una evolución posterior satisfactoria y sin secuelas".

El Jefe del Área de Gestión Clínica del Corazón emite informe el 3 de julio de 2015. En él señala que la reclamante "fue intervenida implantándosele una prótesis aórtica el 7 de abril de 2014./ La evolución posoperatoria fue tormentosa y el 13 de abril de 2014 fue reintervenida con carácter emergente, observándose un derrame pericárdico secundario a un punto sangrante en aorta ascendente./ La característica de este caso es que, ante la sospecha clínica de taponamiento cardíaco, que es una complicación esperable de la cirugía cardíaca, y cuyo diagnóstico se realiza por ecocardiografía, los múltiples estudios ecocardiográficos fueron informados como que no existía taponamiento cardíaco".

Concluye que "desde el punto de vista de la actuación médica en todo momento se realizó la asistencia correcta y las pruebas necesarias, siendo la discrepancia entre la evolución clínica y los hallazgos ecocardiográficos lo que provocó la situación".

**5.** El día 14 de julio de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él indica que "entre los riesgos típicos de este tipo de intervenciones figura el 'taponamiento cardíaco', y así se recoge en el (documento de consentimiento informado) que la paciente firmó previamente a la cirugía", añadiendo que la situación fue grave pero se solventó correctamente.

Pone de relieve que no constan en los informes médicos presentados por el Hospital ..... problemas psicológicos de la paciente, ni figuran anotaciones en este sentido en su historia clínica, y que “se aporta un informe privado (...) de psicólogo clínico que valora a la paciente el 7-4-2015 sin que exista evidencia de que haya acudido a alguna otra consulta previa ni en el ámbito privado ni en el público”.

Concluye que “la atención que se prestó a la reclamante, afectada de una dolencia cardíaca grave, fue correcta. La complicación posoperatoria que presentó, recogida en el (documento de consentimiento informado), fue solucionada y cursó con buena evolución, estando incorporada en la actualidad a su actividad laboral. Las secuelas psicológicas que reclama, y de las que no consta evidencia alguna salvo (en) el informe que aporta de un psicólogo privado fechado días antes de presentar la (...) reclamación, no quedan suficientemente acreditadas”.

**6.** Mediante oficios de 20 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía 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 compañía aseguradora.

**7.** Con fecha 15 de octubre de 2015, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que manifiesta que recientemente ha podido tener acceso al documento que adjunta, en el que consta que “a las 1:06 h del día 13 de abril de 2014 (...) tenía un derrame pericárdico circunferencial máximo de 20 mm a nivel apical, donde se encontraba más organizado; un colapso parcial de AD; una variación del flujo trasmitral superior al 25% VCI no dilatada (13 mm) con colapso inspiratorio menos del 50%”. Afirma que con dicho cuadro médico debió ser intervenida el 13 de abril y no esperar 16 horas, e insiste en que debió ser trasladada a la UCI, reiterando que existe negligencia médica.

Consta en el expediente la remisión de este escrito a la compañía aseguradora mediante oficio de 20 de octubre de 2015.

**8.** El día 30 de octubre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios envía al Director del Área de Gestión Clínica del Corazón el referido documento y le indica que el mismo no se encuentra en la historia clínica remitida en su día. Solicita un informe acerca de su contenido y que se especifique si modifica el emitido por esa Unidad al entender que “la paciente reunía criterios de reintervención antes del momento en el que realmente se llevó a cabo, habiendo podido beneficiarse de un diagnóstico más precoz”.

Con fecha 9 de noviembre de 2015, el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón elabora un informe complementario en el que señala que “la fotocopia que se adjunta no es un informe propiamente dicho, sino una impresión de la pantalla del ordenador del programa SINA. En este programa las horas se muestran en el formato de 12 horas, pero no se acompañan del sufijo am/pm, por lo que la hora que consta en la fotocopia 1:06 puede ser también las 13:06. Esta información (...) procede automáticamente del programa XCELERA que gestiona la información de los ecocardiógrafos. En el caso que nos ocupa la hora que consta en el XCELERA es 13:06 (...). Para que un informe conste en la historia clínica este ha de ser impreso desde el programa SINA e incorporado en la misma (...). Hay que tener en cuenta que fue un eco realizado de urgencia un domingo a las 13,06 y que la paciente fue intervenida en la tarde de ese mismo día, por lo que cabe la posibilidad de que no se imprimiera (...). Del contenido en el apartado ‘ conclusiones ’ del programa SINA se interpreta que existe un derrame pericárdico claro, con signos de compromiso hemodinámico parcial, pero sin ninguno de (...) severidad o necesidad de intervención quirúrgica emergente./ Revisada toda la historia clínica y conocidos los hallazgos de la intervención, pensamos que existió una clara discrepancia entre la situación clínica de la paciente y los hallazgos ecocardiográficos que, de forma repetida, se interpretaron como no

indicativos de compromiso hemodinámico severo (taponamiento cardíaco). Este fue el motivo por el que no se indicó la reintervención”.

**9.** Consta incorporado al expediente, asimismo, el informe médico pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora por un especialista en Cardiología y Enfermedades Cardiovasculares el 5 de noviembre de 2015. En él se explica que tras “la realización de una cirugía cardíaca no es extraño la presencia de derrames pericárdicos, lógicamente porque se han producido incisiones en el corazón y la cicatrización normal de los procesos quirúrgicos incluyen fenómenos exudativos fisiológicos que drenan hacia el espacio pericárdico, pudiendo aumentar el líquido fisiológico habitual en dicho espacio, diagnosticando un derrame pericárdico. Además se evidencia que (...) se procedió a realizar un recambio valvular (...) con una prótesis metálica, elemento que requiere comenzar con un anticoagulante en cuanto sea posible, lo que ralentiza la cicatrización de tejidos debido a la inhibición de la cascada de la coagulación (por otro lado necesario para que la prótesis no produzca trombos que pudieran migrar hacia el organismo). Esta complicación se entiende como conocida por la paciente”, pues en el consentimiento informado firmado por ella se recoge “literalmente” que “las complicaciones cardíacas (...) más frecuentes son: la insuficiencia cardíaca, las arritmias, las hemorragias y el taponamiento cardíaco (hemorragia alrededor del corazón al que comprime)”.

Respecto a su diagnóstico, indica que “el ecocardiograma tiene unos valores excelentes respecto a términos de sensibilidad y especificidad para valorar si un paciente tiene un taponamiento ecocardiográfico (que precede al taponamiento clínico)”. Añade que “cabe destacar que en el seguimiento de esta paciente inicialmente el enfoque diagnóstico correspondió a una hipotensión secundaria a uso de fármacos hipotensores, que son suspendidos mejorando la respuesta respecto a la tensión arterial, según los apuntes de la historia clínica a fecha 11-04”.

Afirma que en los estudios practicados “se observa la presencia de un derrame pericárdico moderado, sin compromiso hemodinámico, lo que permite descartar un taponamiento clínico en dicho momento. Dado que el derrame pericárdico es habitual que se produzca en la cirugía, y descartado el compromiso hemodinámico desde el punto de vista ecocardiográfico, la paciente no tiene criterios estrictos de ingreso en unidad de vigilancia intensiva. Aunque este punto depende de la práctica clínica habitual realizada en cada centro hospitalario, y, por tanto, este perito no puede establecer la indicación o no de la misma de manera absoluta”.

Estima que lo que se efectúa “corresponde a *lex artis* respecto a la seriación ecocardiográfica y vigilancia estrecha de posible taponamiento pericárdico (realización de ecocardiogramas seriados, hasta 3 el mismo día). No observándose datos de taponamiento ecocardiográfico. En este punto cabe destacar que (...), según las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología (...), “en pacientes con taponamiento ligero o moderado y con baja probabilidad de tener formas específicas de pericarditis se adoptará, inicialmente, una actitud contemporalizadora”. Esto se realiza según (la) historia clínica los días siguientes”.

Precisa que “el día 13 la paciente sufre cuadro compatible con taponamiento súbito con hipotensión severa, por lo que se procede, aparte de la reanimación, a realización de cirugía de drenaje del derrame pericárdico (...). Dado que el cuadro de shock y taponamiento puede considerarse como una complicación inherente a la cirugía realizada, de aparición súbita (ecocardiogramas previos realizados sin aumento del derrame pericárdico y sin datos de taponamiento), no predecible (...), no se puede concluir que un ingreso en unidad de cuidados intensivos hubiera producido un efecto diferente a la monitorización correcta que se realizó en planta”.

Respecto a la dieta introducida, subraya que “la paciente, ante una perspectiva quirúrgica, queda en dieta absoluta, según queda recogido en la historia clínica, y es posteriormente, tras la realización de los ecocardiogramas,

cuando se indica `puede beber y tomar yogur`. Esto se (...) conoce en clínica como `inicio de tolerancia`, de manera que se van introduciendo poco a poco bebidas y alimentos para poder llegar posteriormente a una dieta basal o `normal`. 48 horas más tarde, ante la ausencia de incidencias en las pruebas realizadas, se procede a reintroducción de dieta de 1.800 calorías”.

Concluye que “la indicación quirúrgica, así como las pruebas diagnósticas realizadas previamente, estaban claramente establecidas según las guías de consenso, tanto nacionales como internacionales (...). La cirugía fue correctamente ejecutada (...), no se observan complicaciones reseñables en la poscirugía inmediata, según documentación clínica en el posoperatorio (...) en la Unidad de Cuidados Intensivos (...). No existe criterio claro de ingreso en unidad de cuidados intensivos según las pruebas realizadas posteriormente a su paso a planta. Si bien este criterio debe establecerse según las normas habituales del centro indicado (...). La paciente sufrió un cuadro de taponamiento cardíaco súbito el día 13-4-14 procedente de un comienzo de hemorragia en zona de inserción de aguja de cardioplegia realizada en la cirugía previa. Complicación inherente a la cirugía realizada y no predecible (...). Las pruebas diagnósticas y enfoque terapéutico realizados durante su estancia (...) en planta fueron correctamente indicadas y ejecutadas (...). La reintroducción de alimentos corresponde a una actitud terapéutica congruente con el diagnóstico establecido en planta (...). No se encuentran desviaciones según la *lex artis* respecto a la actuación cardiológica efectuada”.

**10.** Obra, igualmente, en el expediente el informe elaborado por un gabinete jurídico privado el 10 de noviembre de 2015, también a instancias de la compañía aseguradora. En él se propone la desestimación de la reclamación al entender que la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias fue diligente y conforme a la *lex artis*. Considera que no existe nexo causal entre la actuación de la Administración sanitaria y los daños reclamados por la paciente, y que el daño no se puede calificar como antijurídico.

**11.** Mediante escrito notificado a la perjudicada el 4 de diciembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos que figuran en el expediente.

No consta en este que se hayan formulado alegaciones.

**12.** Con fecha 28 de enero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 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), está la interesada activamente legitimada 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 21 de abril de 2015, y, si bien la intervención quirúrgica a la que se refiere tuvo lugar el 7 de abril de 2014, consta en el expediente que no obtuvo el alta hospitalaria de dicho proceso hasta el día 22 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, 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.-** La interesada solicita una indemnización por los daños ocasionados tras la intervención quirúrgica a la que fue sometida y que atribuye a una negligencia de los servicios sanitarios, lo que a su juicio constituye un funcionamiento anormal del servicio, y concreta los mismos en una serie de padecimientos psicológicos. Para acreditarlos, aporta el informe de un psicólogo clínico privado que valora a la paciente el 7 de abril de 2015, días antes de la presentación del escrito de reclamación. Como destaca el informe técnico de evaluación, es cierto que a pesar de la detallada clínica que recoge el citado facultativo, no existe “evidencia de que (la interesada) haya acudido a alguna otra consulta previa ni en el ámbito privado ni en el público” en busca de atención a estos padecimientos. No obstante, aunque resulte comprensible que los informantes alberguen dudas acerca de si la efectividad de las secuelas

psicológicas que reclama está suficientemente probada, partiremos de su certeza con la finalidad de analizar las imputaciones que se efectúan en la reclamación, relacionándolas causalmente con la asistencia recibida en la sanidad pública.

En este sentido, es necesario recordar que la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

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

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante 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.

Al respecto, el enjuiciamiento del quehacer médico ha de fundarse en los criterios técnicos contenidos en los informes obrantes en el expediente, que en el caso presente han sido aportados únicamente por la Administración y su aseguradora, al no presentar la reclamante informe pericial alguno en apoyo de sus afirmaciones, lo que obliga a este Consejo a fundar su opinión exclusivamente en los informes periciales procedentes de la sanidad pública.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto que nos ocupa, nos encontramos con que la interesada basa su reclamación en una presunta negligencia en la atención médica que le fue prestada tras su intervención quirúrgica de estenosis aórtica severa el 7 de abril de 2014, y mantiene que en el posoperatorio se adoptaron decisiones incorrectas que la pusieron en grave peligro y que serían contrarias a la *lex artis ad hoc*. Tales actuaciones habrían consistido en un retraso en el diagnóstico del taponamiento cardíaco padecido tras la intervención, al entender que ya el día 11 de abril de 2014 existían síntomas claros de taponamiento, lo que, a su juicio, habría obligado a su traslado a la Unidad de Vigilancia Intensiva o a la Unidad de Intermedios para ser monitorizada y a la inmediata intervención, que no tuvo lugar hasta el 13 de abril. Manifiesta, asimismo, que el día 12 se le introdujo una dieta sólida que -según señala- supuso un riesgo gravísimo añadido, "ya que si se confirmaba la sintomatología física que presentaba (...) de un posible taponamiento cardíaco debería de haber seguido con una dieta absoluta, dada la posibilidad de que (...) tuviera que volver al quirófano", pues el riesgo de broncoaspiración durante la inducción anestésica es un factor con un alto porcentaje de fallecimientos. Entiende que las anteriores actuaciones constituyen una infracción de la *lex artis*, a lo que añade una mala praxis médica, ya que la segunda operación se realiza por no haberse sellado en la primera todos los puntos de inserción de la

aguja de cardioplegia, lo que produjo los coágulos de sangre en la cavidad pericárdica con el consiguiente taponamiento cardíaco.

Ahora bien, frente a la descripción y a las valoraciones que de la actuación médica efectúa la reclamante, carentes de cualquier apoyo pericial, constan en el expediente numerosos informes médicos emitidos por la sanidad pública con base en los cuales ha de formar su opinión este Consejo, derivándose de su lectura una interpretación distinta de lo acaecido. Así, respecto a la primera de las imputaciones -el posible retraso en el diagnóstico del taponamiento cardíaco-, todos los informes coinciden en que la perjudicada fue vigilada de forma estrecha tras su intervención ante un posible taponamiento pericárdico, por tratarse de una de las complicaciones derivadas de la misma, como consta en el documento de consentimiento informado suscrito por ella, a lo que debemos añadir que se le realizaron una serie de ecocardiogramas seriados (hasta 3 el mismo día) sin que se observaran datos de taponamiento ecocardiográfico. Sobre este extremo, destaca el informe pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora que “en pacientes con taponamiento ligero o moderado y con baja probabilidad de tener formas específicas de pericarditis se adoptará, inicialmente, una actitud contemporalizadora”. Añade dicho informe que “el día 13 la paciente sufre cuadro compatible con taponamiento súbito con hipotensión severa, por lo que se procede, aparte de la reanimación, a realización de cirugía de drenaje del derrame pericárdico (...). Dado que el cuadro de shock y taponamiento puede considerarse como una complicación inherente a la cirugía realizada, de aparición súbita (ecocardiogramas previos realizados sin aumento del derrame pericárdico y sin datos de taponamiento), no predecible (...), no se puede concluir que un ingreso en unidad de cuidados intensivos hubiera producido un efecto diferente a la monitorización correcta que se realizó en planta”.

En consecuencia, de los informes médicos obrantes en el expediente se desprende que la paciente fue vigilada y sometida a las pruebas exigibles tras

la intervención inicial, sin que se haya producido negligencia imputable a los servicios sanitarios ni infracción alguna de la *lex artis*.

En cuanto a la segunda de las imputaciones -la relativa a la dieta suministrada a la reclamante-, el informe pericial emitido por la compañía aseguradora señala que “ante una perspectiva quirúrgica queda en dieta absoluta, según queda recogido en la historia clínica, y es posteriormente, tras la realización de los ecocardiogramas, cuando se indica ‘puede beber y tomar yogur’. Esto se (...) conoce en clínica como ‘inicio de tolerancia’, de manera que se van introduciendo poco a poco bebidas y alimentos para poder llegar posteriormente a una dieta basal o ‘normal’. 48 horas más tarde, ante la ausencia de incidencias en las pruebas realizadas, se procede a reintroducción de dieta de 1.800 calorías”. Añade que “la reintroducción de alimentos corresponde a una actitud terapéutica congruente con el diagnóstico establecido en planta”. En consecuencia, tampoco en este aspecto puede aceptarse la negligencia que la reclamante imputa a la atención sanitaria, siendo por el contrario ajustada a la *lex artis*.

Sobre el tercer reproche -mala praxis médica en la primera intervención, en la que no se efectuó correctamente el sellado de todos los puntos de inserción de la aguja de cardioplegia, lo que produjo los coágulos de sangre en la cavidad pericárdica con el consiguiente taponamiento cardíaco-, debemos remitirnos al informe técnico de evaluación, a cuyo tenor “la cirugía fue correctamente ejecutada (...), no se observan complicaciones reseñables en la poscirugía inmediata, según documentación clínica en el posoperatorio (...) en la Unidad de Cuidados Intensivos”. Como señala el informe citado, “la complicación posoperatoria que presentó, recogida en el (documento de consentimiento informado), fue solucionada y cursó con buena evolución, estando incorporada en la actualidad a su actividad laboral”.

En definitiva, no cabe apreciar negligencia ni mala praxis médica, de modo que los padecimientos psicológicos alegados no resultan imputables a la

Administración, ya que no ha quedado probado que guarden relación con la atención médica recibida.

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.