

Expediente Núm. 112/2016
Dictamen Núm. 141/2016

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 9 de junio 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 14 de abril de 2016 -registrada de entrada el día 20 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 madre como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario en un accidente cardiovascular.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 3 de julio de 2014, un hijo de la perjudicada, que dice actuar en su propio nombre y en el de sus hermanas, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre el 18 de julio de 2013 que atribuye a un deficiente funcionamiento del servicio público sanitario en un accidente cardiovascular.

Señala que el día 13 de julio de 2013 se requiere asistencia sanitaria a través del 112 porque a mediodía “sigue acostada en la cama de su domicilio y no acaba de despertar”. Tras la valoración que detalla es trasladada al Hospital, donde queda ingresada y se le pauta un “antídoto” para las benzodicepinas”.

Manifiesta que el domingo -día 14- sigue ingresada “sin más medicación que el antibiótico y el oxígeno”, y que “transcurre el día en calma”. Precisa que al día siguiente, lunes, “los tres hermanos” le recuerdan al médico asignado del Servicio de Medicina Interna “la medicación estricta que hasta el sábado mantenía nuestra madre, entre cuyos fármacos se encontraba el ansiolítico ‘alprazolam (...)’, que tal como nos habían indicado en su día (...) podría producir ‘síndrome de abstinencia’ si se suprime de forma repentina”. Refiere que “desde últimas horas de la tarde (20:00) (la perjudicada) comienza a mostrar signos de nerviosismo, con aumento significativo de pulso y tensión arterial, cuya medicación para mantenerlos controlados (...) seguía también suspendida (...) desde su ingreso, continuando así hasta la medianoche, donde además aparecen nuevos síntomas, como sudoración fría y ansiedad exagerada (...) y fuerte dolor de cabeza acompañado de dolor abdominal”, sin obtener respuesta por parte del personal de turno, que sostiene que “todo está normal”.

Al día siguiente, 16 de julio, “después de una noche infernal (...), con todos los síntomas aparentes de un cuadro incontrolado de abstinencia”, el médico “nos informa hacia media mañana, con la máxima tranquilidad y casi en el pasillo, que ha sufrido un ‘infarto masivo’ sumiéndola en un estado de máxima gravedad que puede terminar a corto plazo en un trágico desenlace, y ante nuestra perplejidad nos dice que por la tarde acudirá personal del Servicio de Cardiología para ver si se puede hacer algo (...). Y, efectivamente, a media tarde acuden dos médicos de guardia del Servicio de Cardiología que reconocen, auscultan y realizan nuevo electrocardiograma, pero ya todo demasiado tarde. Había que haber actuado antes, durante la noche o durante la mañana, mientras sufría el infarto o en las horas siguientes”. Por último, reseña que el fallecimiento se produce el jueves 18 de julio de 2013.

De ello deduce que la perjudicada presentaba “todos los síntomas aparentes de un `síndrome de abstinencia´” y que no se actuó correctamente al suprimir el ansiolítico, “lo que hubiese evitado los alarmantes y significativos síntomas (...) y muy probablemente el infarto consecuente./ Por otra parte (...), sorprende que el infarto se notifique a la familia como un hecho irreversible acaecido durante la misma mañana pero sin que se tomara ninguna medida urgente para evitarlo o al menos aminorar sus efectos (...). No se plantea ni el acceso a la UVI, dando la sensación que desde el conocimiento del grave accidente cardíaco (que insisto, no saben exactamente en qué momento se produce y por tanto no atajan de ninguna manera) queda abandonada a su suerte, sin más elección que el tratamiento paliativo”.

Termina solicitando que “se me indemnice” en la cantidad de ciento veinticinco mil euros (125.000,00 €), fija el despacho profesional de un letrado como “domicilio a efectos de notificaciones” e insta una “copia íntegra del expediente médico de la fallecida”.

2. El día 21 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos del silencio administrativo. A su vez le requiere para que, en el plazo de diez días, acredite “el parentesco con la perjudicada y (...) su representación en nombre de sus hermanas”.

3. Durante la instrucción del procedimiento se incorporan al expediente la historia clínica de la paciente, remitida por el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV, y el informe librado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital sobre el episodio objeto de reclamación.

En el informe del Servicio de Medicina Interna, de 4 de agosto de 2014, se indica que la perjudicada ingresa “el 13 de julio de 2013 por un cuadro de insuficiencia respiratoria global secundaria a un episodio súbito de broncoaspiración que ha sido propiciado por una sobredosificación de

benzodiazepinas". Refiere los tratamientos y la asistencia prestada durante los días 14 y 15, y consigna que "durante la tarde y noche del día 15 de julio (...) desarrolla indicios de ansiedad e inquietud, por lo que tras ser valorada por el equipo de guardia se comienza con lorazepam (...) y haloperidol al encontrarse parcialmente agitada, con mejoría de su estado./ En la mañana del día 16 se pauta clorazepato dipotásico (...), por lo que desde el punto de vista terapéutico la posibilidad señalada por la propia familia de desencadenar un síndrome de abstinencia quedó contemplada en las acciones llevadas a cabo por el equipo médico. En ningún momento refirió dolor torácico, aunque sí disconfort abdominal./ La paciente (...) tenía 78 años, con un amplio historial desde el punto de vista patológico y seria repercusión orgánica para su edad cronológica. Era una enferma de severo riesgo cardiovascular, con antecedentes de cardiopatía hipertensiva (...). Había sufrido un episodio de insuficiencia cardíaca (2009), AIT hemisférico derecho de naturaleza cardioembólica (2010) y presentaba múltiples eventos isquémicos cerebrales (TAC). Estaba diagnosticada de una leucemia mielomonocítica crónica (...), aunque sin necesidades terapéuticas (...). Su situación orgánica era de total dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, con deambulación dificultosa (prácticamente vida cama-sillón). Presenta deterioro cognitivo leve-moderado desde hacía meses./ No sorprenden, por tanto, las complicaciones cardiológicas que surgen el día 16 de julio cuando desarrolla disnea intensa, signos de insuficiencia cardíaca y edema agudo pulmonar y se diagnosticó un IAM ínfero-lateral extenso. En este momento se tomaron todas las medidas de naturaleza médica para esta situación y se avisa al Servicio de Cardiología, que desestima intervencionismo terapéutico y mantiene el tratamiento médico puesto en marcha por el facultativo responsable de Medicina Interna".

4. Con fecha 28 de agosto de 2014, el interesado presenta un escrito en el que afirma proceder a la "corrección" de la solicitud inicial en el sentido de que la reclamación se suscribe a título personal por los tres hermanos, "no por representación como se contenía en la redacción inicial presentada". Firman el

escrito, junto con él, sus dos hermanas, todos ellos hijos de la perjudicada, según se acredita con las fotocopias del Libro de Familia que aportan.

5. El día 17 de diciembre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él destaca, en lo que se refiere a la asistencia prestada, que tras una inicial evolución positiva el día 15 de julio de 2013, a "las 23:50 horas presenta un cuadro de `agitación importante´ con verborrea y sin agresividad (...), interpretándose (...) como derivado de la supresión de benzodiazepinas + deterioro cognitivo + síndrome confusional asociado./ En la mañana del día 16-7-2013, a las 4:40 horas, la paciente sigue con agitación psicomotriz, desorientada y verborreica (...). A las 11:40 (...) está `quejosa´ con dolorimiento abdominal, malestar general, polipnea en reposo y pulso de 100 latidos/min. A las 13:00 horas se aprecian en la Rx de tórax (...) signos de insuficiencia cardíaca. El EKG mostró `signos de necrosis en cara inferior y lateral complicada con fallo de bomba´, siendo la impresión diagnóstica `síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST complicado con fallo de bomba e insuficiencia respiratoria´. Aumento CPK y troponina (...). Se solicita interconsulta preferente al Servicio de Cardiología que, `de acuerdo con Medicina Interna, y dados los hallazgos del EKG (...), decide manejo conservador´, y se informa de ello a la familia". A continuación relata lo sucedido los días 17 y 18 hasta las 21:30 horas, en que fallece.

En relación con la retirada del ansiolítico que se le administraba en su domicilio, afirma que ingresó en el Hospital por "una sobredosificación de alprazolam y por una broncoaspiración que le ocasionó una insuficiencia respiratoria global, lo que hace que la administración de esta benzodiazepina esté absolutamente contraindicada (...), ya que por su efecto miorrelajante agravaría, quizás de forma letal, la insuficiencia respiratoria".

En cuanto a la "retirada de la medicación hipotensora", sostiene que consta en la historia clínica que fue tratada con medicación hipotensora (Losartan), junto con un diurético "eficaz también contra la HTA", y un nuevo hipotensor "Coropres", pautado el día 16 de julio.

Por último, señala el Inspector que “también se reprocha al servicio público sanitario el tratamiento recibido tras el infarto agudo de miocardio (IAM)”. Sin embargo, “dada la gravedad del mismo (gran extensión, disnea intensa, signos de insuficiencia cardíaca), los Servicios de Cardiología y de Medicina Interna decidieron de manera conjunta realizar un tratamiento conservador, descartando el intervencionismo terapéutico y procediéndose en el tramo final de la vida (...) a realizar una sedación para evitar un sufrimiento innecesario”.

A la vista de ello, concluye que la reclamación “debe ser desestimada”.

6. Mediante escritos de 26 de diciembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

7. El día 13 de febrero de 2015, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cardiología y Enfermedades Cardiovasculares. En él señala que “tras el ingreso en planta procedente de Urgencias (...) se retira el alprazolam debido a la intoxicación medicamentosa, con buena respuesta” inicial, y que “el día 16-07 la paciente es diagnosticada de un IAMCEST evolucionado, esto implica en principio una necrosis miocárdica evolucionada de más de 12 horas”. Según afirma, “en la historia clínica (...) constan los puntos necesarios para el diagnóstico, que entendemos como cierto, dado que mostraba cambios electrocardiográficos sugerentes de IAMCEST evolucionado (...), conjuntamente con enzimas cardíacas elevadas (...), en incluso se realiza un ECOTT (prueba complementaria de imagen) que justifica y apoya el diagnóstico. Como es bien sabido (...), los pacientes por encima de 60 años, y sobre todo aquellos con estados neurológicos alterados, como era el caso (...), pueden mostrar síntomas de isquemia miocárdica diferentes a la angina clásica, que es el síntoma guía, mostrando molestias atípicas como la angustia e irritabilidad o

malestar abdominal que dificultan y retrasan habitualmente el diagnóstico del IAM”.

Descarta la retirada del alprazolam como desencadenante del infarto, “ya que queda claramente acreditada en la historia clínica la sustitución por otra farmacología”, así como la de la “medicación antihipertensiva por otra diferente”. Por ello, atribuye la muerte a las “comorbilidades que presentaba la paciente, conjuntamente con el infarto de miocardio evolucionado con cuadro de intoxicación medicamentosa, insuficiencia respiratoria global con acidosis parcialmente compensada, anemia crónica, plaquetopenia severa, deterioro neurológico e infección de probable origen broncoaspirativo”. Todo ello llevó “a un deterioro progresivo del estado físico de la paciente produciendo su muerte.

Concluye que “el proceso de intoxicación medicamentosa por alprazolam fue correctamente diagnosticado y tratado (...). Que la retirada de alprazolam y la sustitución de otra mediación antihipertensiva no implicaron la aparición de un infarto agudo de miocardio en esta paciente (...). Que el diagnóstico de infarto fue realizado y tratado según las medidas habituales correspondientes a infarto evolucionado”.

8. Con fecha 17 de febrero de 2015, y también a instancias de la compañía aseguradora, emite informe un gabinete jurídico privado. A la vista de los informes médicos incorporados al expediente, considera que la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias “se ha adecuado a la *lex artis*, tanto en el manejo del problema surgido por la sobredosificación de alprazolam, como en la medicación suministrada (...), como en el manejo del infarto agudo de miocardio (...). No existe nexo de causalidad entre la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias y el fallecimiento de la paciente (...). Además, se produce un abandono del tratamiento por parte del paciente, lo que en cualquier caso interrumpe el nexo de causalidad (...). Dado lo anterior, procede desestimar la reclamación formulada”.

9. Mediante escrito notificado a los interesados el 3 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

10. El día 11 de marzo de 2015, uno de los reclamantes comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente, compuesto en ese momento por quinientos cincuenta y tres (553) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 19 de marzo de 2015, presentan un escrito de alegaciones en el que dejan constancia, en primer lugar, de que “se nos habla de pruebas realizadas de las cuales desconocemos su resultado. No están aportados los informes y pruebas realizadas en el último ingreso de la paciente, y concretamente a los que se alude se realizan tras el diagnóstico de infarto masivo”.

Señalan que “el proceso de intoxicación medicamentosa por alprazolam fue correctamente diagnosticado y tratado”, pero que las pruebas que se practican a la paciente el día 16 de julio de 2013 se hacen “ante la insistencia de la familia, `que demanda médicos´”, y que en ese momento es cuando “se revela que existe un infarto agudo”, precisando el especialista en su informe que “la evolución del mismo es de al menos 12 horas./ Coloquialmente, la paciente estuvo infartando 12 horas en la cama del hospital sin que se le prestara atención alguna (...). Solamente cuando, sin conocer el criterio médico, se deciden hacer pruebas se detecta un infarto del cual se reconoce que lleva 12 horas evolucionando, y por el cual se da un informe de `mala evolución´. Coloquialmente también, de que nada se puede hacer ya”. Y este “dato, el retraso claro en el diagnóstico (...), es obviado y pasado por alto en los informes” del Servicio de Medicina Interna y del Inspector que realiza el informe técnico de evaluación.

Por ello, entienden que existe “una más que negligente actuación de tener a una persona infartando 12 horas en una cama sin que nadie le preste atención”, y que “está fuera de lugar, como se pretende de modo insinuante,

culpar a la familia de las decisiones que han de tomar profesionales o de interferir en el trabajo de los mismos”, reiterando su solicitud de indemnización por los hechos descritos.

11. Con fecha 6 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. A la vista de los informes médicos incorporados al procedimiento, sostiene que “la asistencia prestada a la paciente fue correcta y adecuada a la *lex artis*, siendo la causa del fallecimiento, no la deficiente asistencia alegada (...), sino las graves complicaciones que (...) desarrolló debido al severo riesgo cardiovascular que presentaba (cardiopatía hipertensiva en fibrilación auricular paroxística, episodio de insuficiencia cardíaca en 2009, accidente isquémico transitorio en hemisferio izquierdo de naturaleza cardioembólica en 2010 y múltiples eventos isquémicos cerebrales apreciados mediante TAC)”.

En relación con el retraso diagnóstico del infarto de miocardio, resalta que “la paciente no presentó la sintomatología clásica de este proceso (posiblemente debido a su edad), mostrando molestias atípicas (angustia e irritabilidad o malestar abdominal); aun así, ante la sospecha de infarto, se solicitan enzimas cardíacas”.

12. Mediante oficio de 21 de abril de 2015, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

13. En sesión celebrada el 14 de mayo de 2015, el Consejo Consultivo dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento a fin de que se incorporen al procedimiento todos los documentos de la historia clínica relacionados con el episodio de infarto agudo de miocardio sufrido por la perjudicada, junto con el informe de alta que corresponda, así como un informe del Servicio de Medicina Interna responsable de la paciente.

14. A continuación, figuran incorporados al expediente el informe del Servicio de Medicina Interna de 4 de agosto de 2014, las pruebas analíticas realizadas los días 13 y 15 de julio de 2013, los electrocardiogramas correspondientes a los días 13, 15 y 16 de julio de 2013, el informe de alta del episodio, los informes del TAC de cerebro sin contraste de 13 de julio de 2013 y de la radiografía de tórax de 16 de julio de 2013 y un CD con las imágenes radiológicas.

15. Mediante escrito de 1 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una copia de los nuevos documentos incorporados al expediente.

16. El día 18 de septiembre de 2015 uno de los reclamantes presenta un escrito de alegaciones. En él señala que entre la documentación aportada “no aparece el estudio de enzimas cardíacas” y que el informe del Servicio de Medicina interna es un “mero calco del anterior”. Afirma que de la misma se desprende que la paciente permaneció 24 horas “sin atención” pese a la insistencia de la familia, que es desatendida por los médicos, que las dos pruebas “ECG” a las que fue sometida el día 16 de julio fueron informadas con resultados contradictorios -“tiene un claro infarto y 4 horas después (...) un posible infarto”-, y que las placas realizadas ese mismo día “no se ven claras porque la calidad del equipo portátil no es buena, pero nadie se molesta” en practicar otras de mejor calidad que permitan “apreciar mejor el alcance la situación de la enferma”.

17. Con fecha 28 de diciembre de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV indica, “en relación con las pruebas enzimáticas realizadas el 16 de julio de 2013”, que “no hay otras que aquellas que se han remitido ya en su día y que nuevamente se envían”.

18. El día 13 de enero de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la documentación enviada por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, consistente en copia de la analítica de 16 de julio de 2013, del informe de 10 de agosto de 2015 -ya remitido en su día- y del "informe cronológico con la interpretación clínica correspondiente".

En este último, suscrito el 11 de enero de 2016 por un Médico Adjunto de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, se consigna que la paciente "ingresó en nuestro Servicio el 13 de julio de 2013 por un cuadro de deterioro del nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria global, con un desencadenante inicial broncoaspirativo (atragantamiento con comida tras la cena, con tos y cianosis labial posterior), agravado por una sobredosificación benzodiazepínica, toda vez que la familia incrementó la dosificación de alprazolam al encontrarla muy nerviosa y agitada./ En la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias se hace constar un claro deterioro cognitivo, con "ánimo muy bajo" y episodios de angustia diarios, por lo que recibía benzodiazepinas a demanda".

Señala que en la planta de Medicina Interna "se procedió a tratamiento farmacológico específico con un antagonista benzodiazepínico (...), obteniéndose mejoría del nivel de conciencia y de los parámetros de insuficiencia respiratoria (...), lo que permitió disminuir paulatinamente el aporte de oxígeno. En esta fase del proceso evolutivo correspondiente a su ingreso y posterior hospitalización, día 13 y 14 de julio, se llevaron a cabo (los) estudios de laboratorio y radiológicos pertinentes, destacándose que presentaba una alteración en el hemograma compatible con el proceso hematológico que padecía (leucemia mielomonocítica crónica). Las enzimas de daño cardíaco fueron normales. En la Rx de tórax se cuestionaba la presencia de un infiltrado en la base pulmonar derecha, circunstancia compatible con el episodio de broncoaspiración referido, por lo que se inició antibioterapia empírica contemplada para estas situaciones. El EKG fue normal. La historia de

enfermería hizo constar una úlcera maleolar de 4 x 4 cm en fase de resolución, que fue curada con apósito húmedo (Acuacel)./ En la mañana del día 15 de julio la evolución clínica seguía siendo positiva (...), si bien se destaca que estaba taquicárdica e hipertensa. Esa mañana se inició alimentación oral y se estableció tratamiento hipotensor. Se realizaron nuevos estudios de laboratorio que no ofrecieron cambios sustanciales". El EKG realizado ese día, a las 11:49 horas, "presentaba un ritmo rápido de extrasistolia ventricular frecuente (bigeminismo) que se correspondía con la FC acelerada (taquicardia), pero el trazado no registró cambios eléctricos sugestivos de isquemia o daño miocárdico. Esta extrasistolia ventricular cuando se presenta en el seno de un paciente con cardiopatía previa, como es el caso, ya que había presentado varios episodios de insuficiencia cardíaca en el pasado, confiere una mayor probabilidad de complicaciones y aumento de la mortalidad, si bien la supresión de esta mediante drogas antiarrítmicas no se asocia a una mejoría pronóstica, y por lo tanto no se contemplaron al no estar indicadas en el contexto clínico de la enferma en esa fase de su proceso./ Durante la tarde del día 15 y noche del día 16 de julio la paciente desarrolló un cuadro de ansiedad e inquietud con desorientación temporal y agitación importante, siendo valorada en varias ocasiones por el equipo de guardia (dos médicos diferentes) que, bajo la sospecha de deprivación benzodiacepínica y síndrome confusional agudo, inició tratamiento con loracepan (benzodiacepina) y haloperidol (neuroléptico indicado en estos estados confusionales)".

Manifiesta que es "en el día 16 de julio, a las 11:00 h, en el pase de visita ordinario, cuando se pone en evidencia un cambio sustancial en el proceso clínico de la enferma, al observarse dificultad respiratoria con disnea y polipnea, constatándose desaturación de oxígeno. La paciente manifestaba dolor abdominal, que no torácico, y malestar general. Permanecía inquieta, desasosegada y quejosa. Se procedió a una reevaluación global, practicándose pruebas diagnósticas que han incluido Laboratorio, EKG y Radiología (y) que inequívocamente demostraron un IAM, tanto desde el punto de vista eléctrico (elevación del ST observada en las primeras fases de evento coronario agudo), como desde el punto de vista bioquímico (CK 214 U/L y troponina T de 713

mg/L), además de signos de disfunción ventricular, como evidencia la marcada elevación del NTproBNP (55.585 pg/ml). La radiografía de tórax, si bien de mala calidad al tratarse de un tórax portátil, refleja un aumento de densidad intersticial en ambos campos pulmonares en relación con edema secundario a insuficiencia cardíaca. Un estudio radiológico de mejor calidad, tal como promueve la reclamación, no modificaría en ningún caso el juicio clínico ya establecido". Con el diagnóstico de "IAM de localización ínfero-lateral, complicado con insuficiencia cardíaca e insuficiencia respiratoria", se optó por un tratamiento conservador; actitud "ratificada por el Servicio de Cardiología tras su valoración".

19. Mediante escrito notificado a los interesados el 29 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura de un tercer trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los nuevos documentos incorporados al expediente.

20. El día 16 de febrero de 2016, presenta uno de ellos un nuevo escrito de alegaciones en el que "se insiste expresamente en lo reflejado y alegado en el segundo trámite de audiencia", precisando que conforme a la documental aportada "solo se realizó una prueba de enzimas (...); hecho este que entendemos carga aún más de razón a esta parte", y reseñan que en el folio 630 consta una petición de pruebas cuya "fecha de solicitud (...) puede llevar a equívoco por la redacción y trazo (de la misma), o está fuera de rango de ingreso".

21. Con fecha 16 de marzo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. A la vista de los informes médicos incorporados al expediente, sostiene que "la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El IAM se hace patente en la mañana del día 16 de julio de 2013 (en el ECG y en la determinación de enzimas de daño cardíaco).

El que las placas no fueran de calidad excelente no impidió el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (elevación de NTproBNP y ecocardiografía). La causa del fallecimiento no es la deficiente asistencia alegada (...), sino las graves complicaciones que (...) desarrolló debido al severo riesgo cardiovascular que presentaba (cardiopatía hipertensiva en fibrilación auricular paroxística, episodio de insuficiencia cardíaca en 2009, accidente isquémico transitorio en hemisferio izquierdo de naturaleza cardioembólica en 2010 y múltiples eventos isquémicos cerebrales apreciados mediante TAC)".

Respecto al "retraso diagnóstico del infarto de miocardio (...), hay que resaltar que la paciente no presentó la sintomatología clásica de este proceso (posiblemente debido a su edad), mostrando molestias atípicas (angustia e irritabilidad o malestar abdominal); aún así, ante la sospecha de infarto, se solicitan enzimas cardíacas, llegándose al diagnóstico de IAM. La decisión de proceder a efectuar tratamiento conservador se debió al elevado riesgo cardiovascular que la paciente presentaba, siendo avalada esta decisión por parte del Servicio de Cardiología".

22. En este estado de tramitación, mediante escrito de 14 de abril 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en formato digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo,

aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 3 de julio de 2014, habiendo tenido lugar el hecho que la motiva -el fallecimiento de la madre de los interesados- el día 18 de julio de 2013, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

Ahora bien, en el escrito inicial el reclamante afirmaba actuar también en nombre de sus hermanas, pero sin acompañar justificación alguna de tal supuesta representación. Requerido formalmente para que la aportara al procedimiento, el día 28 de agosto de 2014 las dos hermanas suscriben un nuevo escrito en el que afirman que la reclamación ha de entenderse efectuada en nombre de los tres. Sin embargo, teniendo en cuenta que el poder de representación no existía -o al menos no se acompaña, pese a ser requerido- en el momento de presentación de la reclamación, solo cabe

entenderla realizada por la persona que la suscribe en su propio nombre y derecho, y puesto que la "rectificación" de la misma se efectúa el 28 de agosto de 2014 -cuando ya había transcurrido el plazo de un año desde el fallecimiento de la paciente-, hemos de concluir que las dos hermanas plantean la reclamación una vez vencido el plazo de prescripción, por lo que, en su caso, ha de ser desestimada por extemporánea. Lo contrario significaría dejar al libre arbitrio de la parte la posibilidad de incumplir el plazo de prescripción legalmente dispuesto.

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

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.

SIXTA.- El reclamante insta una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre mientras se encontraba ingresada en el hospital.

Por lo que a la efectividad del daño se refiere, y a la vista de la documentación obrante en el expediente, consta el fallecimiento de la madre del interesado mientras se encontraba ingresada en un hospital de la red pública del Principado de Asturias, por lo ha de presumirse que tal hecho ha ocasionado un daño moral en quien ahora reclama.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica 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 aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

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 el 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.

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

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

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.

En este caso el interesado no ha desarrollado en vía administrativa ninguna actividad probatoria en relación con las supuestas infracciones de la *lex artis* que imputa al servicio público. Por ello, este Consejo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia de una infracción de la *lex artis* y de su relación causal con el daño que se alega sobre la base de la documentación e informes que obran incorporados al expediente, y que no han sido objeto de contradicción técnico-pericial, ni en el escrito de reclamación, ni con ocasión de los tres trámites de audiencia practicados.

Analizando el caso concreto, advertimos que en su reclamación inicial el interesado centra sus reproches en la retirada de un fármaco (alprazolam), lo que a su juicio habría dado lugar a un "síndrome de abstinencia", llegando a afirmar que la paciente tuvo "todos los síntomas aparentes de un `síndrome de abstinencia´ (...) por la falta del ansiolítico" que le había sido administrado "durante casi dos años y en cantidad importante", lo que obligaba a "un cambio muy paulatino (...) que hubiese evitado" la "ansiedad y elevadas cifras de tensión y pulso y por tanto, y muy probablemente, el infarto consecuente".

Sin embargo, con ocasión de los sucesivos trámites de audiencia modifica su argumentación y afirma, en un primer momento, que la paciente "estuvo más de 12 horas" sufriendo un infarto "sin que nadie le prestase atención, a pesar de las reiteradas solicitudes" hechas por la familia; plazo de desatención que después eleva a 24 horas a la vista de los últimos documentos incorporados al expediente (ECG, enzimas cardíacas y Rx).

De la documentación obrante en el expediente resulta que se trata de una "paciente de 79 (*sic*) años, con antecedentes de leucemia, encamada y totalmente dependiente para actividad diaria que la familia encuentra con bajo nivel de consciencia" (informe del SAMU que la asiste en su domicilio), por lo que ingresa "el 13 de julio de 2013 por un cuadro de insuficiencia respiratoria global secundaria a un episodio súbito de broncoaspiración" como consecuencia de una "sobredosificación de benzodiazepinas" proporcionada

por "su familia según su criterio" (informe de Medicina Interna de 4 de agosto de 2014).

Por lo que se refiere al primero de los reproches, el informe técnico de evaluación pone de manifiesto que la retirada del ansiolítico fue necesaria a la vista del episodio de sobredosificación que originó su ingreso hospitalario. Al respecto, hace constar que "en la hoja de evolución de la historia clínica" hay una "anotación realizada el 15-7-2013 en la que se indica que se `aporta medicación hipotensora´ (Losartan), que figura como administrada en la hoja de tratamiento. También se le estaba administrando un diurético (Seguril) eficaz (...) contra la HTA (...). En la hoja de órdenes de medicación se establece el día 16-7-2013 la administración de otro hipotensor". En el mismo sentido, el perito que informa a instancias de la compañía aseguradora afirma que el proceso de "intoxicación medicamentosa por alprazolam fue correctamente diagnosticado y tratado", y que su retirada "y la sustitución de otra medicación antihipertensiva no implicaron la aparición de un infarto agudo de miocardio". En consecuencia, dado que no se aporta de contrario informe médico pericial alguno que permita cuestionar las anteriores conclusiones, consideramos que el manejo farmacológico de la desintoxicación del ansiolítico fue correcto y adecuado a la *lex artis*.

En cuanto al segundo de los reproches, un supuesto abandono terapéutico -"estuvo más de 12 horas `infartando´ sin que nadie le prestase atención"- que habría dado lugar a un retraso diagnóstico del infarto agudo de miocardio, el informe emitido por el Servicio de Medicina Interna reseña que los primeros síntomas que permiten sospechar el infarto aparecen en la mañana del día 16 de julio de 2013 -"dificultad respiratoria con disnea y polipnea, constatándose desaturación de oxígeno"-, mientras que en la noche anterior "desarrolla indicios de ansiedad e inquietud", valorados por dos médicos diferentes "bajo la sospecha de privación benzodiacepínica y síndrome confusional agudo", por lo que se inició un tratamiento con "loracepan (benzodiacepina) y haloperidol (neuroléptico indicado en estados confusionales)".

Analizada la historia clínica, observamos que en el periodo al que se refiere el interesado la paciente fue vista en dos ocasiones por los médicos de guardia. Consta en la hoja de observaciones de enfermería (folios 36 y siguientes), en la anotación correspondiente a las 23 horas del día 15 de julio, "muy agitada y nerviosa", y a las 23:30 horas, que "la familia sigue insistiendo en darle el alprazolam que le suspendieron. Comento con (médico de guardia) que se encuentra en la planta. Ve a la paciente". Asimismo, se consignan las observaciones del facultativo (folios 73 y siguientes), quien anota a esa hora, "avisa enfermería por cuadro de agitación", y que a su llegada se encuentra a la paciente con "agitación importante, verborreica. No agresividad"; a las 2 horas del día siguiente (16 de julio) enfermería anota que "comienza con gritos. Está muy ansiosa después de dormir", y que a las 5 horas es "vista por el médico de guardia", que pauta administrar haloperidol"; a las 6 horas, por indicación médica se suministran 0,5 mg de alprazolam. En esta segunda ocasión el médico de guardia anota que se encuentra a la paciente con "una agitación (...) importante, desorientación, verborreica", atribuyendo estos síntomas a una "deprivación" de "BZD" (benzodicepinas), y refleja que su hija afirma que "se mantuvo tranquila con Orfidal".

En definitiva, desde las 23 horas del día 15 de julio de 2013 -en que enfermería anota los primeros síntomas de agitación y nerviosismo- hasta el pase de visita ordinario en la mañana siguiente -aunque no se aprecia la hora, consta un electrocardiograma realizado a las 11:41 horas- la paciente fue vista durante la madrugada en dos ocasiones por dos médicos de guardia diferentes que interpretaron el estado de ansiedad en relación con la retirada de la benzodicepina. Al respecto, estimamos que no cabe deducir, como parece hacer el interesado, que por la simple secuencia de realización de los electrocardiogramas (uno a las 11:49 horas del día 15 de julio y otro a las 11:41 horas del día siguiente) deba considerarse probado que la paciente permaneció desatendida durante esas "24 horas", ya que ello supondría aceptar con carácter previo que dicha prueba ha de reiterarse cada hora, lo que no consta en ninguno de los informes médicos analizados. Por tanto, no puede aceptarse la imputación de un supuesto abandono asistencial, dado que

la paciente fue valorada por el facultativo de guardia tras la aparición de los síntomas de agitación y nerviosismo (a las 23:30 horas del día 15 de julio), y reevaluada horas más tarde (alrededor de las 5 horas del día siguiente) ante la persistencia de los mismos, modificándose el tratamiento, siendo de destacar que ni por enfermería ni por el facultativo de guardia se constató la existencia de dificultad respiratoria, disnea o dolor torácico.

No obstante, y a la vista de lo finalmente ocurrido, cabría preguntarse si cabe apreciar un retraso diagnóstico jurídicamente relevante en la asistencia prestada. Ya hemos dejado expuesto que la posible responsabilidad patrimonial en la fase de diagnóstico se vincula a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. En este caso comprobamos que enfermería anota a las 12:30 horas del día 16 de julio un nuevo síntoma, "disneica", lo que comenta con el "médico", quien tras visitar a la enferma reseña "mala evolución, extraordinariamente quejosa con dolorimiento abdominal, no torácico (...). Malestar general (...). Polipneica en reposo". Aunque no se distingue con claridad la hora, lo que sí se constata es que a las 13:30 de ese mismo día 16 de julio ya se habían realizado pruebas, analíticas y radiológicas, que orientaron el diagnóstico definitivo de infarto agudo de miocardio. Según el informe elaborado por el Servicio de Medicina Interna, estos síntomas nuevos ponen "en evidencia un cambio sustancial en el proceso clínico (...), al observarse dificultad respiratoria con disnea y polipnea, constatándose desaturación de oxígeno". En consecuencia, la propuesta de resolución concluye que la paciente "no presentó la sintomatología clásica de este proceso (...), mostrando molestias atípicas (angustia e irritabilidad o malestar abdominal)".

A la vista de ello, no podemos considerar acreditada una infracción de la *lex artis* como consecuencia de un posible retraso diagnóstico en el proceso asistencial prestado a la paciente por el simple hecho de que, *ex post facto*, se pretendan ahora reinterpretar los síntomas de agitación e irritabilidad, asociados en su momento a la privación de la benzodiacepina, como indicios de un infarto agudo de miocardio de presentación atípica. Es más, teniendo en

cuenta las anotaciones de la historia clínica y los informes médicos que obran incorporados al expediente, que el interesado no contrapone con otros de sentido contrario, estimamos que la paciente recibió la asistencia adecuada de acuerdo con los síntomas que manifestó en cada momento.

Por tanto, consideramos que no existe prueba de ninguna de las infracciones a la *lex artis* que el interesado imputa al servicio público sanitario, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

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.