

Expediente Núm. 121/2019
Dictamen Núm. 294/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de diciembre de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 24 de mayo de 2019 -registrada de entrada el día 29 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su madre, que atribuye al deficiente seguimiento de las enfermedades que padecía.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de septiembre de 2018, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su madre, que atribuye al deficiente seguimiento de las enfermedades que padecía.

Expone que la fallecida fue diagnosticada en el año 2006 en el Hospital “X” de “soplo cardíaco y bradicardia sinusal” que no fueron objeto de

“adecuado seguimiento (...) hasta el año 2016”. Señala que el 14 de septiembre de 2016 su médico de Atención Primaria la remite al Servicio de Cardiología del Hospital “Y” para “valoración preferente”, siendo diagnosticada en octubre de ese año de “estenosis aórtica severa sintomática”, por lo que se solicita una coronariografía “con vistas a recambio de válvula aórtica” que, según la reclamante, “nunca pudo ser abordada” debido a la “tardanza en la realización de las pruebas necesarias” para dicha operación.

Manifiesta que en marzo de 2017 su madre inició “un nuevo tratamiento para el mieloma (...) sin constar debidamente acreditada la necesidad del mismo”, pues no existían “datos de progresión de la enfermedad”, que se encontraba en “remisión parcial”, por lo que el tratamiento “no solo no mejoró su estado sino que lo empeoró e impidió de modo definitivo la práctica de la operación cardíaca”. Asimismo, tampoco considera “adecuado” el seguimiento de la insuficiencia renal crónica que padecía su progenitora.

Aduce que “hubo un anormal funcionamiento de los servicios públicos, pues existió un mal seguimiento y tratamiento de los padecimientos”, tanto “por parte del médico de cabecera como de los Servicios de Nefrología, Hematología y Cardiología, situación que produjo una reiterada pérdida de oportunidades terapéuticas que, a la postre, conllevaron el fallecimiento”. Además, “la decisión de iniciar un nuevo tratamiento para el mieloma justo cuando todavía estaba pendiente de realizar una intervención cardiológica que precisaba supone una evidente muestra de descoordinación de los distintos departamentos médicos que actuaron cada uno por su cuenta sin adoptar una decisión conjunta de prioridades y forma de abordar la situación”, de modo que “la actuación de uno de ellos interfirió en el trabajo del otro con las consecuencias negativas descritas”.

Solicita una indemnización de veinte mil euros (20.000 €), por referencia a lo fijado en el baremo de tráfico como perjuicio personal básico para el supuesto de fallecimiento de un progenitor.

Adjunta diversa documentación clínica que deja constancia del fallecimiento de la paciente el 21 de septiembre de 2017 y una copia del Libro de Familia que acredita la filiación de la reclamante.

2. Mediante escrito de 15 de octubre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica 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 17 de octubre de 2018, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias VIII y IV una copia de la historia clínica de la paciente y los informes de los servicios intervinientes.

4. Con fecha 30 de octubre de 2018, el Gerente del Área Sanitaria VIII envía al Servicio instructor la historia clínica de la paciente y los informes emitidos por los Servicios de Cardiología, de Nefrología y de Hematología del Hospital "Y" y por una facultativa del Centro de Salud

En la historia clínica de Atención Primaria consta anotado, el 14 de octubre de 2016, que "se solicita coronariografía con vistas a recambio de válvula articular. Valorar TAVI, dado que es paciente con mieloma en remisión parcial. Precisa profilaxis renal"; el 18 de octubre de 2016 que es valorada por Cardiología y se "objetiva estenosis aórtica severa y sintomática, y el 9 de marzo de 2017 que se encuentra "pendiente angio-TAC".

En el informe suscrito por una facultativa del Servicio de Cardiología del Hospital "Y" el 23 de octubre de 2018 se indica que la paciente acudió a consulta el 10 de octubre de 2016 por "disnea", puntualizándose en él que "sabe que tiene un soplo desde hace años" y que el ecocardiograma mostró la existencia de "estenosis aórtica severa", solicitándose una coronariografía al Hospital "X" que no evidenció problemas estenóticos importantes en la

circulación coronaria. Añade que “valorada en consulta de TAVR (...) en marzo 2017: solicitan angio TC para valorar recambio valvular percutáneo”. Se constata que “ingresa en este hospital por caída el 10 de septiembre de 2017, sin quedar claro si se ha tratado de un síncope”; tras la realización de un ecocardiograma, la valoración fue de “estenosis aórtica severa con disfunción ventricular severa./ (Hipertrofia de ventrículo izquierdo) severa que podría ser solo por la (estenosis aórtica), aunque el aspecto sugiere infiltrativa y dilatación auricular significativa (esto iría a favor de una amiloidosis que encajaría con una hipotensión tan marcada)./ Dilatación de vena cava y derrame pleural (sobrecarga hídrica)./ Paciente en situación de shock, probablemente (de) origen cardiogénico por su estenosis aórtica que le ha generado disfunción ventricular, sin poder descartar amiloidosis asociada (...). Comentado ayer con Hematología y también con la hija (aunque no parece entender la gravedad de la situación), se descarta actitud intervencionista sobre la válvula aórtica en este momento dado el estado general de la paciente; cuando se aceptó para TAVI FGE mejor, buen estado general, salía a la calle./ Recomendamos intentar descongestión con diuréticos, como se acaba de iniciar, mal pronóstico a corto plazo (...). Se nos exige que sea trasladada al (Hospital `X´) para valoración para la unidad de TAVI, lo que consideramos desaconsejable dada la situación clínica; ante la insistencia se comenta el caso telefónicamente con ellos, coincidiendo con nuestro criterio (...). Presenta mala evolución y finalmente es exitus”.

En el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica de Nefrología con fecha 25 de octubre de 2018 se señala que la paciente estaba diagnosticada desde el año 1998 de “enfermedad renal crónica leve asociada a gota tofácea”, y que en el año 2003 “presentaba una enfermedad renal crónica (...) estadio 4 (...) y estaba siendo estudiada por una gammopatía monoclonal”. Se precisa que recibió “tratamiento con Melfalán, Vincristina y Prednisona (...), con dosis conservadoras adaptadas” a su enfermedad renal. Se indica que “a partir de aquí el deterioro funcional es lento (enfermedad renal crónica avanzada). Se ve influenciado por acontecimientos hematológicos y

cardiológicos, con agudizaciones puntuales por el uso concomitante de diuréticos alrededor de las sesiones de quimioterapia”. Se constata que en abril de 2017 “sufre un nuevo insulto renal a consecuencia de su entrada en fibrilación auricular, con deterioro de su estado general y mala tolerancia al nuevo escalón de tratamiento hematológico (Lenalidomida)./ Hacia junio de 2017 su estado vital es malo (...), Hematología tiene que replantear el uso de esteroides dada la situación cardíaca. Su nefrólogo habitual informa a la familia de que no considera a la paciente como candidata a tratamiento renal sustitutivo dada su expectativa vital. La última revisión, con un estado clínico empeorado, es de julio de 2017, con similares cifras de función renal y con probable insuficiencia cardíaca clínica dos meses antes de los acontecimientos que precipitaron su exitus”.

En el informe del Servicio de Hematología de 25 de octubre de 2018 se hace constar que la enferma estaba afecta de una “gammopatía monoclonal IgG kappa a seguimiento anual desde el año 2001. Progresión a mieloma múltiple sintomático (...) en julio de 2013 con amiloidosis asociada. Recibió 7 ciclos de MVP con reducción de dosis por insuficiencia renal y citopenias (...). En enero de 2017 se nos solicita informe de la situación de su enfermedad hematológica de cara a valorar recambio valvular aórtico (...), estando en este momento en situación de remisión parcial estable de su mieloma./ En revisión de marzo 2017 se detectan datos de progresión (...), por lo que se inicia tratamiento (...) con Lenalidomida + Dexametasona, retirándose esta última en el siguiente ciclo por agudización de su cardiopatía. Se informó a la paciente y su familia de la situación y los riesgos, aceptando el tratamiento”. Se indica que “ante el deterioro de la función renal que presentaba la paciente (...) se inició el tratamiento para evitar entrar en programa de diálisis, que es la consecuencia inmediata si no se trata la enfermedad en esta situación. Dicho tratamiento está aceptado para tratamiento del mieloma en pacientes de edad avanzada con demostrada eficacia. Inevitablemente, dada la edad de la paciente y sus comorbilidades de base, la evolución no fue favorable a pesar de los ajustes obligados (...). Durante este tiempo se realizó el angio TAC para valorar

recambio valvular, que no fue evaluado hasta el día 14 de septiembre de 2017, estando ya la paciente en situación de gran deterioro clínico, no siendo subsidiaria de ninguna intervención invasiva”.

En el informe realizado por una facultativa del Centro de Salud de Sama el 29 de octubre de 2018 se consigna que “la paciente sigue controles frecuentes hospitalarios, por lo que acude al centro de salud más que nada por problemas agudos y apenas hace controles periódicos protocolarios./ Cabe destacar que en todos los años que llevo como su médico de Primaria ni la paciente ni la familia pidieron en ningún momento revisión cardiológica de un problema conocido (...), lo que contribuyó a que no se dudase del seguimiento hospitalario”.

5. Tras reiterarse la petición de documentación mediante escrito de 20 de noviembre de 2018, el Gerente del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor la historia clínica de la paciente y el informe emitido por el Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital “X” el 19 de noviembre de 2018.

En la historia Millennium figura el informe de seguimiento de Cardiología del Hospital “X” de 14 de septiembre de 2017, en el que se reseña, tras la realización del angio-TAC, “anatómicamente para TAVI vía femoral”, añadiéndose a continuación que ese mismo día “llama a la hija (...) y me informa de que su madre está ingresada” en el Hospital “Y”, por lo que comenta el caso con la doctora de Hematología que la atiende; se constata que “el 20 de marzo se evidencia progresión” del mieloma múltiple, apreciándose “mala evolución y mala tolerancia al tratamiento, que hay que suspender debido a progresión de la insuficiencia renal (...), más toxicidad medular (...). No es candidata a nuevos tratamientos (...). Se trata de una paciente en situación clínica muy avanzada, sin alternativas terapéuticas por parte de Hematología y (Nefrología) y que por este motivo la TAVI no es una opción” para ella.

En el informe emitido por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón consta que la paciente fue “remitida por primera vez a consulta el

08-03-2018 (*sic*) para valorar implante transcáteter de prótesis aórtica (...). Dada la buena situación funcional (...) se solicita un angio TAC cardíaco (...). Solo un día después de mi informe, el 10-03-2018 (*sic*), se evidencia progresión del mieloma (...). A partir de ese momento (...) presenta una evolución tórpida y rápidamente progresiva relacionada fundamentalmente con las complicaciones derivadas de su proceso oncológico (...). Comentado el caso" con el Hospital "Y" me informan que "se ha valorado detenidamente con los servicios implicados. Consideran que se trata de una paciente en situación clínica muy avanzada, sin alternativas terapéuticas por parte de Hematología y (Nefrología), y por este motivo la TAVI no es una opción (...), dado que no va a mejorar su situación global (y puede incluso empeorarla al agravar su insuficiencia renal)".

Concluye que "la estenosis aórtica severa es un proceso de etiología degenerativa asociado a la edad (...). Por tanto, no puede inferirse que la falta de revisiones específicas en la consulta de Cardiología durante este tiempo contribuyó al desenlace fatal (...). Aunque en la primera valoración cardiológica en el (Hospital `X´) no se encontró ningún criterio de exclusión para TAVI (...), la progresión del mieloma y los efectos secundarios derivados del tratamiento de este (...) hacen que la paciente deje, en ese momento, de ser candidata a TAVI (...). Las guías de práctica clínica contraindican la TAVI en pacientes que no tengan una supervivencia estimada superior a 12 meses. Por este motivo, la recidiva del mieloma modifica en sí misma la valoración inicial en relación con la TAVI, al menos mientras no se aclare el pronóstico vital de la paciente (...). No es, por tanto, la demora en la realización de las pruebas, sino la progresión de las comorbilidades de la paciente, lo que hace que la TAVI deje de ser una opción para ella al poco tiempo de la valoración inicial (...). La familia (...) parece no aceptar que la coexistencia de dos patologías graves -(mieloma múltiple) en progresión con efectos secundarios graves asociados al tratamiento y la estenosis aórtica severa- pueda condicionar un empeoramiento del pronóstico (...) en pocas semanas hasta el punto de limitar las opciones terapéuticas. En este sentido, y sin base alguna, parece considerar que la TAVI

es la única intervención capaz de salvarle la vida, motivo por el que insiste repetidamente en realizarla, aunque se le informa de manera repetida que está contraindicada”.

6. El día 14 de diciembre de 2018, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un informe médico pericial y solicita su incorporación al expediente. En él, tras reproducir las anotaciones de la historia clínica, subrayando los episodios relativos a la “aceptación para TAVI” y posterior contraindicación, se reseña que “existe deterioro en el control de la cardiopatía por fallo de conexión entre las distintas especialidades médicas implicadas (...). Coexisten demoras muy importantes en las atenciones médicas y en las pruebas diagnósticas realizadas, no concurre coordinación entre las distintas especialidades. Reduciendo inexorablemente la aplicación de las terapias”, de lo que se deduce una “pérdida de oportunidad”.

7. Con fecha 28 de enero de 2019, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe una facultativa máster en Valoración del Daño Corporal. En él se señala que, “tras revisión de la documentación aportada, la actuación por parte de los diferentes servicios ha sido correcta en todo momento (y) ajustada a los protocolos y guías clínicas./ Cuando se valoró tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica severa la paciente era candidata a recambio valvular mediante TAVI, ya que presentaba estado general aceptable y una esperanza de vida > 1 año./ Tan solo unos días después de ser valorada en Cardiología del (Hospital ‘X’) (...) presentó recaída del mieloma. Situación que ya descartaba la realización de TAVI”, y se precisa que “la mala evolución de la insuficiencia renal de la paciente, que ya presentaba desde hacía años por probable nefroangioesclerosis, además de la concurrencia del mieloma múltiple y la arritmia, había sido valorada por el Servicio de Nefrología descartándose tratamiento con diálisis antes del ingreso (...). Durante el ingreso se desestimaron medidas agresivas de manera consensuada con los diferentes servicios, como queda reflejado en la historia clínica. En concreto, la demanda

de la familia de realización de intervención (TAVI) se descartó, ya que no estaba indicada en ese momento por las circunstancias de la paciente (...), totalmente diferentes a las del momento de valoración en Cardiología” del Hospital “X”.

8. Mediante escrito notificado a la interesada el 4 de abril de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Tras examinar el expediente, el día 26 de ese mismo mes la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifica en los términos de su reclamación.

9. Con fecha 8 de mayo de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas propone desestimar la reclamación al considerar que “la asistencia fue conforme con la *lex artis*”. Entiende que “no ha existido descoordinación en la asistencia prestada a la paciente”, quedando constancia en la documentación clínica de que “el caso fue valorado conjuntamente por todos los servicios implicados”, y afirma que “la no realización de la TAVI no fue la causa del fallecimiento (...), sino las importantes comorbilidades que presentaba (mieloma múltiple en progresión con efecto secundario del tratamiento y enfermedad renal crónica grave)” que fueron objeto de “controles ajustados en el tiempo” a pesar de lo cual “la evolución fue desfavorable”, y precisa que durante el ingreso “para control sintomático de la insuficiencia cardíaca (agravada por el uso de corticoides) (...) se produjo un deterioro progresivo que llevó al exitus”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de mayo de 2019, 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 soporte 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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, constando en el expediente su condición de hija de la fallecida.

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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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, consta el fallecimiento de la madre de la interesada el día 21 de septiembre de 2017, habiéndose presentado la reclamación con fecha 20 de septiembre de 2018, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la

Ley”. 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo 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.- Reclama la interesada -hija de la fallecida- el resarcimiento del daño derivado de la pérdida de su madre, que imputa al anormal funcionamiento del servicio público sanitario, denunciando descoordinación y retardos.

Queda acreditado el fallecimiento de la paciente tras varios procesos patológicos abordados por la sanidad pública, lo que conduce a presumir un padecimiento moral en la descendiente que aquí reclama.

Ahora bien, la mera constatación 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, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 142/2019), 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.

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 la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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 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 el supuesto examinado la reclamante denuncia genéricamente “un mal seguimiento y tratamiento de los padecimientos” de su madre por los distintos profesionales sanitarios, si bien alude a dos episodios específicos, el relativo a “la tardanza en la realización de las pruebas necesarias” para el recambio de válvula aórtica, demora por la que devino impracticable, y el referido a la pauta de “un nuevo tratamiento para el mieloma” en marzo de 2017 “sin constar debidamente acreditada la necesidad del mismo”, y al que anuda el empeoramiento de su estado, que impidió en definitiva el abordaje de la dolencia cardíaca.

En cuanto al reproche inespecífico de “mal seguimiento y tratamiento”, las vagas afirmaciones de la perjudicada no pueden prevalecer frente al criterio

razonado de las periciales incorporadas al expediente por la Administración y su compañía aseguradora.

Respecto a las concretas actuaciones que se denuncian, la interesada aporta una pericial en la que, tras reproducirse literalmente las anotaciones de la historia clínica de la fallecida desde el año 1991 a lo largo de 103 folios, el médico informante, cuya especialidad no consta, razona lacónicamente -en escasas seis líneas- que “existe deterioro en el control de la cardiopatía por fallo de conexión entre las distintas especialidades médicas implicadas” y que “coexisten demoras muy importantes en las atenciones médicas y en las pruebas diagnósticas realizadas, no concurre coordinación entre las distintas especialidades”, de lo que deduce una “pérdida de oportunidad” que parece referida a los episodios cuestionados.

Frente a ello, los peritos que informan a instancias de la Administración y su compañía aseguradora se ciñen a los tratamientos controvertidos y descartan razonadamente cualquier infracción de la *lex artis ad hoc*. En particular, en el informe del Servicio de Cardiología del Hospital “Y” se recoge que la paciente fue “valorada en consulta de TAVR (...) en marzo 2017: solicitan angio TC para valorar recambio valvular percutáneo”, constatándose que cuando ingresa de nuevo por “caída el 10 de septiembre de 2017” descartan “actitud intervencionista sobre la válvula aórtica en este momento dado el estado general de la paciente”, ya que “cuando se aceptó para TAVI” su estado era mejor. En el informe del Director del Área de Gestión Clínica de Nefrología del Área Sanitaria VIII se da cuenta de la “enfermedad renal crónica (...) estadio 4” y del deterioro funcional “influenciado por acontecimientos hematológicos y cardiológicos, con agudizaciones puntuales por (...) las sesiones de quimioterapia”, observándose que en abril de 2017 “sufrir un nuevo insulto renal” con “mala tolerancia al nuevo escalón de tratamiento hematológico”, y ya en junio de ese mismo año “su estado vital es malo (...), Hematología tiene que replantear el uso de esteroides dada la situación cardíaca”, informándose a la familia de que no se considera a la paciente “candidata a tratamiento renal sustitutivo dada su expectativa vital”. En el

informe del Servicio de Hematología del Hospital "Y" se deja constancia de que en enero de 2017 se les solicita "informe de la situación de su enfermedad hematológica de cara a valorar recambio valvular aórtico (...), estando en este momento en situación de remisión parcial estable de su mieloma", pero ya "en revisión de marzo 2017 se detectan datos de progresión (...), por lo que se inicia tratamiento (...) con Lenalidomida + Dexametasona, retirándose esta última en el siguiente ciclo por agudización de su cardiopatía". Se puntualiza que, "dada la edad de la paciente y sus comorbilidades de base, la evolución no fue favorable", y que "durante este tiempo se realizó el angio TAC para valorar recambio valvular, que no fue evaluado hasta el día 14 de septiembre de 2017, estando ya la paciente en situación de gran deterioro clínico, no siendo subsidiaria de ninguna intervención invasiva".

En el informe realizado por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital "X" se reitera que en marzo de 2017, "dada la buena situación funcional de la paciente, se solicita un angio TAC cardíaco", si bien "solo un día después de mi informe (...) se evidencia progresión del mieloma (...), presenta una evolución tórpida y rápidamente progresiva relacionada fundamentalmente con las complicaciones derivadas de su proceso oncológico", y "valorado detenidamente con todos los servicios implicados" se concluye que "la TAVI no es una opción en esta paciente, dado que no va a mejorar su situación global (y puede incluso empeorarla al agravar su insuficiencia renal)". Se razona que, "aunque en la primera valoración cardiológica en el (Hospital "X") no se encontró ningún criterio de exclusión para TAVI (...), la progresión del mieloma y los efectos secundarios derivados del tratamiento de este (...) hacen que la paciente deje, en ese momento, de ser candidata a TAVI", y se reseña que "las guías de práctica clínica contraindican la TAVI en pacientes que no tengan una supervivencia estimada superior a 12 meses. Por este motivo, la recidiva del mieloma modifica en sí misma la valoración inicial en relación con la TAVI, al menos mientras no se aclare el pronóstico vital de la paciente", concluyéndose que "no es, por tanto, la demora en la realización de las pruebas, sino la progresión de las comorbilidades de la paciente, lo que hace

que la TAVI deje de ser una opción para ella al poco tiempo de la valoración inicial”.

Estas apreciaciones se suscriben asimismo en el informe librado a instancias de la entidad aseguradora, en el que se observa que “tan solo unos días después de ser valorada en Cardiología del (Hospital “X”) la paciente presentó recaída del mieloma. Situación que ya descartaba la realización de TAVI”, y se precisa que “la mala evolución de la insuficiencia renal de la paciente, que ya presentaba desde hacía años por probable nefroangioesclerosis, además de la concurrencia del mieloma múltiple y la arritmia, había sido valorada por el Servicio de Nefrología descartándose tratamiento con diálisis antes del ingreso (...). Durante el ingreso se desestimaron medidas agresivas de manera consensuada con los diferentes servicios, como queda reflejado en la historia clínica”.

Debe repararse también en que, a la vista de las hojas de curso clínico que obran en el expediente, en marzo de 2017 la paciente está “pendiente de angio-TAC” para recambio valvular, y aunque los resultados de esa prueba se demoraron hasta el 14 de septiembre de 2017 lo que se objetiva aquel día al contactar con el Hospital “Y” es que ya “el 20 de marzo se evidencia progresión del (mieloma múltiple) (...). Mala evolución y mala tolerancia al tratamiento (...). No es candidata a nuevos tratamientos (...), sin alternativas terapéuticas por parte de Hematología y (Nefrología)”. En suma, “la TAVI no es una opción en esta paciente”, no por una dilación de seis meses en la realización de las pruebas -como sugiere la reclamante- sino por una situación clínica que se pone de manifiesto el mismo mes de marzo en el que se solicita el angio-TAC, y el tratamiento para el mieloma era entonces necesario, sin que pueda imputarse al mismo el deterioro que -como evolución propia de la patología- contraindicaba ya el recambio valvular.

En la confrontación de las periciales, y a la vista de la restante documentación obrante en las actuaciones, procede recordar que la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y

coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes pues, “naturalmente, en la ponderación no es suficiente la mera constatación del criterio cuantitativo”, debiendo acudir a “un criterio valorativo” que conduce a postergar la pericial que omite el análisis “de todo el conjunto de datos que contextualizaban la situación” del paciente (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª), y a la prevalencia del criterio de los especialistas cuando el perito de la parte, “cuya falta de especialidad médica en la materia de que se trata relativiza en gran medida el juicio emitido, se limita a (...) hacer unas consideraciones genéricas que no resultan concluyentes” (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de mayo de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1298-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª). Por ello no cabe atribuir aquí mayor fuerza de convicción a lo reseñado por el perito de la interesada -cuyo informe es parco en razonamientos- que a lo dictaminado por los especialistas de las ramas concernidas. En todos ellos, por distintas razones técnicas debidamente motivadas se deja constancia de las circunstancias, patologías y riesgos que presentaba la paciente y que justificaron la decisión de no practicar una intervención invasiva y delicada de recambio valvular.

En efecto, tal como concluye el técnico que elabora la propuesta de resolución, no cabe anudar a “la no realización de la TAVI” una pérdida de oportunidad terapéutica en una paciente que fallece por “las importantes comorbilidades que presentaba (mieloma múltiple en progresión con efecto secundario del tratamiento y enfermedad renal crónica grave)”, y cuya insuficiencia cardíaca, agravada por el uso de corticoides, abocó al exitus, observándose además que ya en junio de 2017 se informó a la familia de que no se consideraba “candidata a tratamiento renal sustitutivo dada su expectativa vital”.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se revela que la atención dispensada haya supuesto una pérdida de oportunidad terapéutica

para la enferma, pues no se acredita ninguna infracción de la *lex artis* médica que haya tenido incidencia en el desenlace final.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.