

Dictamen Núm. 274/2021

V O C A L E S :

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

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 23 de diciembre de 2021, 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 3 de septiembre de 2021 -registrada de entrada el día 29 de ese 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 familiar que atribuyen a una omisión de cuidados y a una actuación médica negligente.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 15 de enero de 2021, los interesados -hijos, esposo y madre de una paciente- presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar.

Exponen que “el 26 de diciembre del 2019 (...) acude a su médico de cabecera en por disnea al caminar y edema en miembros inferiores./ Tras la exploración y ante la sospecha de líquido en los pulmones la deriva” al Hospital, donde ingresa por Urgencias sobre las 13 horas del día indicado.

Tras varias pruebas (...), le observan un tromboembolismo pulmonar y una alteración cardíaca severa". Señalan que "durante este día 26 de diciembre se suceden varios errores informáticos que hacen que la paciente haya tenido que estar, a pesar de su estado, de un lado para otro en Urgencias hasta las 3 (...) de la madrugada del día 27 de diciembre, en el que deciden ingresarla en la planta de Cardiología./ Por la mañana le siguen realizando pruebas y le asignan una cardióloga. La monitorizan y le pautan una medicación".

Refieren que "el día 28 (...) le diagnostican gripe A (luego se comprobó que era errónea), continúa cansada, sin mejoría y sin nada de fiebre (uno de los parámetros de la gripe A)/ A pesar de su estado, su médico (cardióloga) se va de vacaciones y, de forma asombrosa, recomienda a la familia que anote la evolución, para que a su vuelta estén los mayores datos recogidos./ A partir de aquí (la paciente) cada vez está más cansada, le cuesta comer, está inquieta, no duerme, vomita y cuando se solicita ayuda únicamente acude una auxiliar./ Se le pauta Alprazolam a pesar de lo cual sigue con inquietud, respiración agitada y agobio, sin que nada más se haga al respecto; cada vez se ahoga más y tiene cianosis en nariz y mejillas (...), con edema en miembros inferiores, y todo ello sin que acuda un médico y nadie informe a la familia".

Indican que "en la noche del 1 de enero su hijo, que se encontraba con ella en la habitación, pide ayuda y es entonces cuando entran varias personas y la llevan a la UCI, donde sobre las tres de la madrugada informan que la medicación que se le estaba administrando no le hacía efecto, lo cual nadie había advertido hasta entonces aunque era observable a simple vista./ Al día siguiente, 2 de enero, se decide operarla de urgencia porque, en palabras del médico, el "corazón no va", y sin explicación de ningún tipo ni firma alguna la llevan al quirófano. Durante esa cirugía le colocan un ECMO./ Los siguientes tres días (3, 4 y 5 de enero) nos comentan los avances, (la paciente) se adapta, los riñones funcionan, orina, el edema en piernas va desapareciendo y su color de piel es perfecto, según indican./ Continúa sedada, intubada y estable, a pesar ello la ponen en lista de espera para trasplante de corazón./ El viernes 17 de enero nos comunican que deben cambiarle un filtro al ECMO (trámite por el paso del tiempo), se lo cambian ese mismo viernes y (la paciente) responde

muy bien, está más oxigenada, con buenas constantes y aspecto. Ella sigue sedada. El sábado 18 de enero, durante la mañana y por teléfono, nos indican que sigue estable y sin cambios./ Ese mismo día se comunica a la familia el fallecimiento de la paciente debido a que una las vías que le retornaba la sangre se le salió (en un cambio postural) y se desangró sin tiempo a llevarla a cirugía torácica”.

Manifiesta que en “el informe de la autopsia en la descripción macroscópica `se observa salida de la cánula arterial del ECMO´ y en el diagnóstico macroscópico `la decanulación de la vía arterial del dispositivo del ECMO y derrame pericárdico´”.

Razonan que de ello se desprende que “la paciente presentaba una sintomatología que fue en aumento, sin que exista constancia de que se tomaran medidas para impedir el agravamiento de su estado. Así, y a pesar de la constatación de un deterioro progresivo, que se hizo aún más evidente el día 01-01-2020, no se tomaron medidas acordes con el estado de la paciente hasta la madrugada del día siguiente (02-01-2020) cuando se procedió a su traslado a la UCI, después de que su hijo alertara de su situación, donde, dado su estado, fue indicada una actuación quirúrgica de urgencia./ Del análisis de estos hechos se deduce que, desde el punto de vista asistencial, no hubo un seguimiento adecuado del proceso, lo que ha permitido la evolución hacia el agravamiento de la paciente, constituyéndose en una actuación que se aleja de una correcta *lex artis*, provocando un daño a la paciente y causando una pérdida de oportunidades de curación./ Por otro lado, y en cuanto a la causa directa de la muerte, los propios informes describen una movilización que produjo la salida de uno de los conductos que aportaban sangre, provocando su muerte./ Esta actuación mecánica de movilización con resultado de muerte de la paciente pone de manifiesto la impericia por parte de quienes la realizaron”.

Concluyen que “la presente reclamación tiene por finalidad la de interesar la reparación de las consecuencias de una prestación en (la) que se ha producido una actuación negligente de los servicios médicos que han ocasionado el incumplimiento debido de la prestación sanitaria no solo por la

pérdida de oportunidad en la curación sino también por la impericia que le produce una hemorragia que la lleva a la muerte”.

Cuantifican la indemnización que solicitan en seiscientos mil euros (600.000 €), de los cuales ciento ochenta mil euros (180.000 €) corresponderían al viudo, cien mil euros (100.000 €) a la madre y ciento sesenta mil euros (160.000 €) a cada uno de los dos hijos de la fallecida.

2. Mediante oficio de 23 de febrero de 2021 -y tras un previo requerimiento para la acreditación del parentesco atendido por los reclamantes-, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica 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. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias, el 25 de marzo de 2021 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la paciente y el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital el día 17 de ese mismo mes.

En este último consta que, “revisada la historia clínica, se deduce que ingresa en el Servicio de Cardiología el 27 de diciembre de 2019, procedente de Urgencias, por historia de aumento de su disnea habitual, progresiva, hasta hacerse de mínimos esfuerzos en el último mes. La familia refiere clínica de edemas y disnea de varios años de evolución, con empeoramiento en los últimos meses./ En un TAC de arterias pulmonares es diagnosticada de embolias pulmonares, con una zona de lóbulo medio con extensa consolidación relacionado con infarto pulmonar./ Ecoscopia realizada en Urgencias: es informada como disfunción sistólica severa de ambos ventrículos./ Angiotac de arterias coronarias, realizado el 27 de diciembre: sin lesiones./ Diagnóstico de ingreso (...): Miocardiopatía dilatada, de etiología no filiada (...). Tromboembolismo pulmonar con infarto pulmonar (...). Fallo cardíaco biventricular./ Ecografía de abdomen: Hallazgos compatibles con fallo cardíaco”.

Indica que, "dada la mala evolución de la paciente a pesar del tratamiento, el día 1 de enero del 2020 ingresa en la UCI Cardíaca, donde se procede a intubación orotraqueal y respiración asistida. El día 2 de enero, en quirófano, se implanta ECMO (asistencia circulatoria paracorpórea con canulación de vena femoral derecha y arteria axilar derecha). También balón de contrapulsación aórtico./ Tras el implante se produce una franca mejoría hemodinámica pero, ante la imposibilidad de retirar la ayuda de la ECMO, se decide incluirla en alerta 0 para trasplante cardíaco, con fecha 9 de febrero de 2020. Finalmente, el día 18 de enero de 2020, en un cambio postural, se sale la cánula arterial con exanguinación, parada cardíaca y exitus".

4. Con fecha 23 de junio de 2021 emiten informe pericial, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, dos especialistas, una de ellas en Medicina Intensiva y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él exponen que la atención en "el área de Urgencias fue correcta y adecuada, poniéndose a disposición de la paciente en un tiempo adecuado todas las pruebas diagnósticas y complementarias, así como valoración por los especialistas requeridos para su diagnóstico e inicio de tratamiento en un tiempo adecuado y razonable (...). Fue diagnosticada de tromboembolismo pulmonar agudo, disfunción de ventrículo izquierdo severa, cardiomegalia y derrame pleural asociado a consecuencia de todo el estudio realizado (...). Fue ingresada adecuadamente en la Unidad Coronaria con monitorización continua, con tratamiento farmacológico acorde al cuadro clínico, realizándose nuevas pruebas complementarias y ofreciéndose atención constante y correcta según situación clínica (...). Cuando se produjo empeoramiento clínico fue valorada sin demora por el equipo de Medicina Intensiva, dándose traslado inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos el día 01-01-2020 a partir de las 22:30 horas, aproximadamente (...). El equipo de Medicina Intensiva realizó a su llegada estabilización e inicio de soporte vital completo para mantener con vida a la paciente, sin objetivarse dejadez o negligencia en el cuidado ofrecido, poniendo todos los recursos materiales y humanos a disposición de la paciente y consiguiendo mantenerla con vida (...). Dada la extrema gravedad, en situación

de shock cardiogénico con altísima probabilidad de fallecimiento sin asistencia ventricular, se propuso a la familia la terapia con ECMO/BCPIAo como medida temporal hasta recuperación o terapia definitiva alternativa. El rechazo de la terapia hubiera condicionado el fallecimiento de la paciente de forma inevitable, pero no se ha encontrado en ningún documento analizado la oposición a la misma por parte de la familia (...). Se deduce de la documentación analizada que se ofreció información veraz, continua y completa de todos los procedimientos terapéuticos realizados (a la paciente) (...). Durante su estancia en UCI y debido a la ausencia de mejoría clínica es incluida en lista de espera de trasplante cardíaco, Urgencia 0, debido a la extrema gravedad del cuadro clínico y ausencia de tratamiento alternativo. La familia es informada y firma consentimientos, como se refleja en historia clínica (...). Sufre complicación infecciosa sobreañadida en el transcurso de su ingreso que contraindica trasplante, ensombreciendo y haciendo infausto el pronóstico a corto plazo dada la ausencia de tratamiento alternativo. La bacteria documentada, *Pseudomona aeruginosa*, es un germen agresivo que produce cuadros infecciosos con alta mortalidad en el paciente crítico (...). Como complicaciones asociadas y reconocidas a la terapia con ECMO y tratamiento del tromboembolismo pulmonar con anticoagulantes se produce tendencia al sangrado con necesidad de múltiples transfusiones de sangre, presentando plaquetopenia y sangrado pericánula arterial durante su estancia en la Unidad que pudieron condicionar la complicación posterior (...). El día 18-01-2020, durante una movilización requerida para el cuidado de la enferma, se materializa otra de las complicaciones asociadas a la terapia: malposición o decanulación accidental de cánula arterial axilar, produciéndose la exanguinación y muerte de la paciente sin opción a tratamiento debido a las complicaciones previas ya informadas (...). La decanulación accidental de una de las cánulas de ECMO es una de las complicaciones recogidas en las guías clínicas (...). No se han documentado en la historia clínica completa analizada indicios de mala praxis, negligencia, dejadez de funciones o datos de impericia profesional (...). Se pusieron a disposición de (la paciente) todos los recursos materiales y humanos de los que se disponía para el tratamiento del cuadro

clínico” en el Hospital “por parte de todos los servicios implicados en su atención”.

5. Mediante oficio notificado a los reclamantes el 12 de julio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 30 de julio de 2021, la hija de la fallecida presenta un escrito en el que expone que dan por “reproducidos todas y cada una de las alegaciones efectuadas en nuestro escrito inicial, haciendo especial hincapié, según se deduce de la documental que nos ha sido entregada, que la paciente presentaba una sintomatología que fue en aumento sin que exista constancia de que se tomaran medidas para impedir el agravamiento de su estado. Así, y a pesar de la constatación de un deterioro progresivo, que se hizo aún más evidente el día 01-01-2020, no se tomaron medidas acordes con el estado de la paciente hasta la madrugada del día siguiente (02-01-2020), cuando se procedió a su traslado a la UCI, teniendo que ser su hijo” quien “alertara de su situación”. Sostiene que, “desde el punto de vista asistencial, no hubo un seguimiento adecuado del proceso que influyó en su agravamiento, constituyéndose en una actuación que se aleja de una correcta *lex artis*, provocando un daño a la paciente y causando una pérdida de oportunidades de curación”.

Por otro lado, y “en cuanto a la causa directa de la muerte, la documental aportada y la autopsia hacen una clara referencia a la causa de la muerte que no es otra que una mala movilización que produjo la salida de uno de los conductos que aportaban sangre, provocando su muerte./ Esta actuación mecánica de movilización con resultado de muerte de la paciente pone de manifiesto la impericia por parte de quienes la realizaron, constituyéndose en una actuación no acorde con la *lex artis* y generadora de un daño irreversible (...). Está claro que se ha producido una actuación negligente de los servicios médicos que han ocasionado el fallecimiento de la paciente, no solo por la

pérdida de oportunidad en la curación sino también por la impericia que le produce una hemorragia que la lleva a la muerte”.

6. El día 9 de agosto de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “en el presente caso hay constancia de que se ofreció en todo momento la información detallada de cuanto concernía al manejo terapéutico. Además, no parece lógico pensar que los profesionales, antes de instaurar la terapia y habiéndose detenido a hablar con la familia de la situación de extrema gravedad, no detallaran así mismo cuál era la intervención, que se realizó de forma urgente para mantener con vida a (la paciente), y resolvieran las dudas de estos antes de la misma. La familia escribe en la reclamación que la paciente está estable, pero omiten la frase que mejor define el cuadro: estable dentro de una gravedad extrema y (en) ese contexto se implanta la ECMO”.

Con respecto a la inclusión en lista de trasplante cardíaco debido a la ausencia de mejoría e imposibilidad de retirada de la asistencia con ECMO y balón de contrapulsación, queda documentado en historia clínica que se ofreció información y firma de consentimientos informados, sin rechazo ni oposición a la actitud terapéutica, a pesar de que en el relato redactado por la familia parecen no entender la gravedad de la situación, ni la indicación terapéutica con la frase ‘a pesar ello la ponen en lista de espera para trasplante de corazón’, hecho que vuelve a presentar contradicción con la documentación analizada (...). En este punto, podríamos decir que (la paciente) presentó una evolución natural de la enfermedad que padecía hacia una situación incompatible con la vida, a pesar de las adecuadas maniobras diagnóstico-terapéuticas, y que cuando su situación empeoró fue valorada y trasladada a UCI sin demora. En la UCI, al documentarse situación incompatible con la vida a corto plazo, se propuso e informó de la necesidad de asistencia ventricular con ECMO/BCIAo, y sin oposición de la familia se instauró la única terapia que podía mantenerla con vida en aquellos momentos de manera emergente (...). Dado que el cuadro clínico no se resolvía, y (...) que la terapia con ECMO/BCIAo

es una terapia temporal que empeora el pronóstico para el trasplante cardíaco según pasan los días de terapia, se decidió incluir a la paciente en alerta 0 (prioridad absoluta en todo el territorio para recibir trasplante) para el mismo, como única posibilidad de supervivencia. Consta que la familia fue informada y firmados los consentimientos”.

Señala que “el pronóstico de (la paciente) era infausto sin ninguna duda por varias patologías con alta mortalidad por sí solas reunidas en una única enferma: miocardiopatía dilatada con disfunción biventricular (fracaso de ventrículo izquierdo y derecho) muy severa. Tromboembolismo pulmonar agudo. Necesidad de terapias de asistencia ventricular para mantenerse con vida junto a soporte inotrópico. Tendencia al sangrado importante, precisando múltiples transfusiones durante su ingreso debido a los fármacos necesarios para mantener la asistencia con ECMO y tratamiento (...) para el tromboembolismo pulmonar. Plaquetopenia secundaria. Alto riesgo de sangrado. Ausencia de mejoría hemodinámica con el paso de los días, imposibilidad para retirada de terapia e inclusión en lista de trasplante cardíaco en urgencia 0 (es decir, con prioridad absoluta en todo el territorio para recibir órgano compatible si existiese). Sobreinfección documentada por bacteria *S. epidermidis* resistente a cloxacilina y *Pseudomona aeruginosa* en pulmón y líquido pleural, consecuencia de neumonía asociada a ventilación mecánica probablemente, frecuente en este tipo de pacientes y que condiciona también una no desdeñable mortalidad”.

En cuanto a “la salida de la cánula en un cambio postural, en todas las guías analizadas se incluye como complicación potencial de la terapia con ECMO la salida o decanulación accidental, como riesgo intrínseco, específico y reconocido. La decanulación accidental de la cánula arterial se produce en una movilización si la zona de inserción estaba en precario por el continuo sangrado o hematoma, pudo ser una dehiscencia de tejidos internos lo que motivara la malposición de la misma y no una incorrecta actuación del personal por sí misma. Este riesgo, que se insiste, es bien conocido y documentado en todas las guías de práctica clínica, condicionó una exanguinación rápida e inevitable en una paciente, además, anticoagulada y plaquetopénica, sin que nada

podiera hacerse por salvar su vida. El riesgo hemorrágico, también descrito y documentado en todas las guías, es una complicación fuertemente temida por su alta letalidad en estas circunstancias./ En contraposición con la reclamación patrimonial y relato de la familia, atribuyendo una mala praxis, impericia o conductas alejadas del bien hacer profesional médico y enfermero por la materialización de uno de los riesgos bien conocidos de la terapia sin más sustento que su propia suposición y sin apoyo pericial alguno, es preciso volver a insistir en que se materializó uno de los riesgos posibles de la terapia. Que además esta terapia era la única opción para mantener con vida a la paciente, que no fue rechazada por sus familiares nunca y consta que estaban informados de toda actividad terapéutica realizada y sus implicaciones./ De no haberse materializado este riesgo, el pronóstico de (la paciente) hubiese sido igual de sombrío, con una enfermedad cardíaca terminal, sin posibilidad de trasplante por infecciones activas y sin mejoría ni respuesta a la terapia ofrecida el fallecimiento se hubiese producido de la misma forma con total seguridad en los siguientes días por la aparición de cualquier otra complicación nueva o progresión de las previas”.

Concluye que “la actuación de los equipos de Urgencias, Cardiología y Medicina Intensiva del Hospital fue acorde a la *lex artis ad hoc*. Como complicaciones asociadas y reconocidas a la terapia con ECMO y tratamiento del tromboembolismo pulmonar con anticoagulantes se produce tendencia al sangrado con necesidad de múltiples transfusiones de sangre, presentando plaquetopenia y sangrado pericánula arterial durante su estancia en la Unidad que pudieron condicionar la complicación posterior. El día 18-01-2020, durante una movilización requerida para el cuidado de la enferma, se materializa otra de las complicaciones asociadas a la terapia: malposición o decanulación accidental de cánula arterial axilar, produciéndose la exanguinación y muerte de la paciente sin opción a tratamiento debido a las complicaciones previas. La decanulación accidental de una de las cánulas de ECMO es una de las complicaciones recogidas en las guías clínicas”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de septiembre de 2021, 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 Salud, 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), 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 como titular del servicio público sanitario.

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, la reclamación se presenta con fecha 15 de enero de 2021, y el fallecimiento de la paciente se produce el día 18 de enero de 2020, por lo que es claro que se acciona 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 21.1 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 "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del óbito de su familiar y que atribuyen a una actuación negligente de los servicios médicos,

con pérdida de oportunidad, y la impericia en una movilización de la paciente que habría generado una grave hemorragia y su fallecimiento.

Acreditada la efectividad del daño sufrido a la vista de la documentación obrante en las actuaciones, hemos de reparar en que 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 los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 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 poder apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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, 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 un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

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, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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 analizado, los interesados sostienen que no hubo un adecuado seguimiento asistencial del proceso (en su opinión, no se tomaron medidas acordes con el estado de la paciente hasta el día 2 de enero de 2020, cuando se procedió a su traslado a la UCI, seguido de una intervención quirúrgica de urgencia), "lo que ha permitido la evolución hacia el agravamiento de la paciente, constituyéndose en una actuación que se aleja de una correcta *lex artis*, provocando un daño (...) y causando una pérdida de oportunidades de curación". Asimismo, consideran que la "actuación mecánica de movilización con resultado de muerte (...) pone de manifiesto la impericia por parte de quienes la realizaron, constituyéndose en una actuación no acorde con la *lex artis* y generadora de un daño irreversible para la paciente". Por otra parte, reprochan al sistema sanitario público que el 2 de enero de 2020 se decidiese una operación de urgencia que se habría llevado a cabo "sin explicación de ningún tipo ni firma alguna".

Planteada en estos términos la controversia por los reclamantes, procede descender al fondo de la cuestión a la luz del resto de la documentación obrante en el expediente.

Con carácter previo a cualquier otra consideración, por cuanto afecta al tratamiento en su conjunto, no cabe orillar el estado de salud de la paciente. En el presente supuesto, la propuesta de resolución recuerda que su pronóstico era muy negativo al concurrir en la misma enferma varias patologías con alta mortalidad consideradas separadamente, entre la cuales se citan: "miocardiopatía dilatada con disfunción biventricular (...) muy severa. Tromboembolismo pulmonar agudo. Necesidad de terapias de asistencia ventricular para mantenerse con vida junto a soporte inotrópico (...). Plaquetopenia secundaria. Alto riesgo de sangrado".

Pasando ya a las cuestiones controvertidas, cabe señalar, en primer lugar y en cuanto al seguimiento del proceso y a la presunta falta de adopción de asistencia sanitaria adecuada al estado de la paciente, que el informe pericial aportado por la entidad aseguradora de la Administración analiza pormenorizadamente la atención dada en Urgencias (realizando pruebas diagnósticas y complementarias valoradas por especialistas que apreciaron "tromboembolismo pulmonar agudo, disfunción de ventrículo izquierdo severa, cardiomegalia y derrame pleural asociado"), en la Unidad Coronaria (con monitorización continua y tratamiento farmacológico acorde al cuadro clínico, realizándose, además, nuevas pruebas complementarias) y en la Unidad de Cuidados Intensivos (donde se traslada a la paciente tras ser valorada por el equipo de Medicina Intensiva y se realizó, a su llegada, una estabilización e inicio de soporte vital completo para mantenerla con vida), concluyendo que todas ellas fueron conforme con lo que demandaba, en cada momento, la situación clínica y demostrativas de una atención constante a la paciente. Intentando incidir en una eventual falta de atención a la enferma, afirman los reclamantes que el día 28 de diciembre de 2019, "a pesar (del estado de la paciente) su médico (...) se va de vacaciones y, de forma asombrosa, recomienda a la familia que anote la evolución para que a su vuelta estén los mayores datos recogidos". Al respecto, resulta evidente que pretender vincular

los periodos de descanso de los facultativos al estado de sus pacientes haría prácticamente inviable un disfrute para cuya garantía, sin mengua de la calidad asistencial, están previstos los correspondientes mecanismos de sustitución del personal. Por otra parte, la presunta recomendación de la que habrían sido objeto los reclamantes -sustentada, exclusivamente, en sus propias declaraciones- y una eventual desatención casan mal con la circunstancia de que entre el 27 y el 31 de diciembre de 2019 consten hasta catorce notas de enfermería (folio 338 de la historia Millennium), correspondiendo tres de ellas al mismo día 28 de diciembre de 2019 (a las 7:32, 14:00 y 14:44 horas), en las que se refiere el seguimiento -por telemonitorización (TLM)- del estado de la paciente y el suministro de medicación, según pauta médica.

En segundo lugar, y por lo que atañe a la práctica de un cambio postural de la paciente con salida de la cánula arterial, exanguinación, parada cardíaca y posterior fallecimiento, el informe pericial aportado por la compañía aseguradora de la Administración refiere que la decanulación accidental de una de las cánulas de ECMO es una de las complicaciones típicas recogidas en las guías clínicas. Por su parte, la propuesta de resolución señala, en relación con esta cuestión, que la salida o decanulación accidental se incluye en todas las guías analizadas como complicación potencial de la terapia con ECMO, advirtiendo que "la decanulación accidental de la cánula arterial se produce en una movilización si la zona de inserción estaba en precario por el continuo sangrado o hematoma", que "pudo ser una dehiscencia de tejidos internos lo que motivara la malposición de la misma y no una incorrecta actuación del personal", y que "este riesgo (...) es bien conocido y documentado en todas las guías de práctica clínica". Como también refiere la propuesta de resolución, la salida de la cánula arterial "condicionó una exanguinación rápida e inevitable en una paciente, además, anticoagulada y plaquetopénica, sin que nada pudiera hacerse por salvar su vida. El riesgo hemorrágico, también descrito y documentado en todas las guías, es una complicación fuertemente temida por su alta letalidad en estas circunstancias". Frente a ello, los reclamantes se limitan a señalar que la "mecánica de movilización con resultado de muerte de la paciente pone de manifiesto la impericia por parte de quienes la realizaron",

como si la corrección técnica en el desempeño, con independencia de cualquier otra circunstancia, conllevara en todo caso un resultado exitoso, lo que particularmente en medicina, que no es una ciencia exacta, resulta incierto, puesto que siempre existe un factor de imprevisibilidad, cual es la reacción que cada enfermo puede tener ante un mismo tratamiento.

En tercer lugar, y en relación con la afirmación de los reclamantes de que el día 2 de enero de 2020 se decide operar a la paciente “de urgencia (...) y sin explicación de ningún tipo ni firma alguna la llevan al quirófano”, procede advertir previamente que el artículo 9.2.a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, señala que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente sin necesidad de contar con su consentimiento “Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”. Asimismo, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 27 de enero de 2020 -ECLI:ES:TSJAS:2020:305- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) ya advirtió que “la jurisprudencia ha precisado que el deficiente consentimiento informado no genera daño autónomo indemnizable”, por lo que la falta o deficiencia en la información suministrada, en su caso, sería una condición necesaria para sostener una pretensión indemnizatoria, pero no suficiente, pues junto a este requisito debería añadirse la existencia de un daño derivado. Pues bien, en el caso que nos ocupa es necesario subrayar que la intervención practicada el día 2 de enero de 2020 -de urgencia, como los propios reclamantes reconocen en su escrito inicial- tiene por finalidad la implantación un ECMO (*extracorporeal membrane oxygenation* o sistema de oxigenación por membrana extracorpórea) y un balón de contrapulsación aórtico. Sobre este extremo, señala el informe de la compañía aseguradora de la Administración que “dada la extrema gravedad, en situación de shock cardiogénico con altísima probabilidad de fallecimiento sin asistencia ventricular, se propuso a la familia la

terapia con ECMO/BCPIAo”, advirtiendo a continuación que “el rechazo de la terapia hubiera condicionado el fallecimiento de la paciente de forma inevitable”. En el mismo sentido, la propuesta de resolución indica que la intervención se realizó de forma urgente para mantener con vida a la paciente (concretamente, señala que “en la UCI, al documentarse situación incompatible con la vida a corto plazo, se propuso e informó de la necesidad de asistencia ventricular con ECMO/BCIAo y, sin oposición de la familia, se instauró la única terapia que podía mantenerla con vida en aquellos momentos”). Así pues, teniendo en cuenta que los reclamantes se limitan a reprochar la ausencia de información y que no se haya recabado la conformidad con el tratamiento -no ponen en tela de juicio ni la indicación de la intervención quirúrgica ni la técnica empleada-, es necesario concluir que las circunstancias fácticas a las que responde la concreta intervención entrarían dentro de los supuestos en los que se puede proceder sin necesidad de contar con el consentimiento escrito y firmado, bastando, si las circunstancias lo permiten, con evacuar consulta a los familiares, lo que, a tenor de los informes, sí se produjo. A ello hemos añadir que no se ha alcanzado a concretar cuál habría sido el daño que los interesados entienden que debería ser resarcido, toda vez que, como refiere el informe del Director del Área de Gestión Clínica del Corazón, “tras el implante se produce una franca mejoría hemodinámica”.

Finalmente, en cuanto a la eventual pérdida de oportunidad, procede señalar que a la vista del comprometido estado de salud general de la paciente, de las pruebas que le fueron practicadas y del tratamiento dispensado en cada momento resulta imposible, al margen de su mera invocación, concretar qué actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente, y en extremo grave, estado de salud de la misma.

En definitiva, las periciales incorporadas al expediente, únicos elementos sobre los cuales este Consejo ha de formar su convicción, permiten concluir que no se objetiva negligencia alguna, pues la actuación del personal sanitario fue correcta y adaptada a la *lex artis*, según se desprende de los informes obrantes en aquel, los cuales en ningún momento han sido desvirtuados por los reclamantes, cuyas tesis únicamente se sustentan en sus propias opiniones

referidas a los correspondientes actos médicos. Además, a lo largo del procedimiento tampoco han acudido al derecho que la ley les confiere para presentar pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica, ni han podido contradecir lo expuesto en la documentación aportada por la Administración, limitándose a invocar, en abstracto, que no se tomaron las medidas adecuadas para impedir el agravamiento del estado de la paciente y que no hubo un seguimiento adecuado del proceso, pero sin concretar qué medidas habría que haber tomado o por qué las que lo fueron resultaban improcedentes ni señalar un punto del proceso asistencial en el que quepa encontrar un seguimiento inadecuado. El daño producido, por tanto, no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada.

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.