

Dictamen n<sup>o</sup>:           **352/13**  
Consulta:               **Consejero de Sanidad**  
Asunto:                 **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación:           **04.09.13**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid emitido por unanimidad en su sesión de 4 de septiembre de 2013, sobre la consulta formulada por el Excmo. Sr. consejero de Sanidad al amparo del artículo 13.1.f).1<sup>o</sup> de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por M.G.C., I.G.J., R.G.J. y M.G.J. por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que recibió D.J.A., esposa y madre respectivamente de los citados, cuyo fallecimiento censuran a la asistencia sanitaria recibida en el Hospital de Torrejón.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Mediante escrito presentado el 4 de diciembre de 2012, los reclamantes, esposo e hijos respectivamente de la fallecida, presentan escrito de reclamación patrimonial suscrito por letrado.

Relatan que su madre presentaba antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo II, y que fue sometida a una ablación de taquicardia intranodal por el Servicio de Cardiología del Hospital de Torrejón en enero de 2012, con alta ese mismo mes.

Alegan que el 23 de febrero de 2012 fue atendida en el Servicio de Urgencias del referido centro hospitalario, con un cuadro de palpitaciones, opresión en el pecho, nauseas y sensación de ahogo; presentaba una

saturación de oxígeno del 94%. Se cursa el alta a las 2.00 horas con indicación de acudir a consultas de Cardiología para valoración.

El 27 de febrero de 2012 causa nuevo ingreso en Urgencias, con un saturación del 90%, opresión en el pecho, dolor y dificultad respiratoria.

En ambas ocasiones, expresan, requirieron la presencia de un cardiólogo.

El mismo día 27 de febrero es ingresada en la UCI, y fallece el día siguiente a las 7.00 horas.

Consignan los reclamantes que la causa del fallecimiento fue un tromboembolismo pulmonar bilateral masivo y no un infarto de miocardio, y concluyen que durante más de dos meses no se diagnosticó correctamente la enfermedad que padecía.

Solicitan por ello una indemnización de 200.000 €.

Acompañan a su reclamación poder general para pleitos, Libro de Familia, y diversa documentación médica.

**SEGUNDO.-** En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo, incluida la historia clínica, ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

La paciente, nacida en 1955, presenta historia cardiológica que se remonta al 15/11/2005 cuando es atendida en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares por presentar dolor precordial fuerte y opresivo irradiado a miembro superior izquierdo y hombro derecho con sudoración fría y debilidad, y 23/08/2006 con un cuadro de palpitaciones con sudoración, malestar general, opresión torácica con irradiación al miembro superior izquierdo, disnea y sensación de mareo con visión borrosa. Es atendida por el SUMMA que le practica un ECG donde se aprecia taquicardia supraventricular. Vista en consulta externa de cardiología, se diagnostica de taquicardia supraventricular paroxística,

angina secundaria con ergometría doblemente negativa, dislipemia, hipertensión arterial actualmente bien controlada. Se solicita estudio electrofisiológico en centro de referencia.

El 22 de noviembre de 2011 acude a Urgencias por haber presentado la noche anterior un episodio de palpitaciones de una hora de duración acompañado de dolor torácico irradiado a miembro superior izquierdo. Acude el SUMMA que objetiva una taquicardia supraventricular que cede espontáneamente.

El 26 de enero de 2012 se realiza por el Servicio de Cardiología del HUM ablación de la vía lenta con catéter y radiofrecuencia. Se diagnostica de taquicardia ortodrómica mediada por vía accesoria oculta postero-lateral izquierda

El 23 de febrero de 2012 acude de nuevo a urgencias remitida por el SUMMA por nuevo episodio de TSV que cede con maniobra de Valsalva. En miembros inferiores no edemas no signos de trombosis venosa profunda (TVP). La paciente permanece estable hemodinámicamente manteniendo frecuencias cardíacas en torno a 80 con tensión de 100/76. no existen signos clínicos, analíticos, electrocardiográficos ni radiológicos de patología por lo que se decide dar de alta a la paciente y adelantar la consulta de cardiología.

El 27 de febrero de 2012 acude de nuevo a urgencias por un cuadro de opresión centrotorácica irradiado a mandíbula y brazo izquierdo que la despierta a las 02:30 h. del día de hoy acompañado de cortejo vegetativo de aproximadamente 2 horas de evolución que cede de forma espontánea. Posteriormente ha presentado episodios similares aunque con menor intensidad y duración y en ocasiones acompañada de palpitaciones que ceden con masaje en el seno carotídeo. Disnea progresiva en los últimos cuatro días. Exploración física: buen estado general, consciente y orientada, eupneica, cabeza y cuello normal, auscultación cardíaca: rítmica sin soplos,

auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, no doloroso, no masas ni megalias. Miembros inferiores: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos presentes.

A las 16 h. nueva crisis de dolor con cortejo vegetativo, dolor centrotorácico opresor no irradiado, de 10 minutos de duración y que cede espontáneamente sin cambio en el ECG ni taquicardia. TA 102/68 no edemas, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones.

El 28 de febrero de 2012, a la 1:00 horas, presentó nuevo episodio de dolor torácico en hemotórax izquierdo, opresivo, irradiado a MSI, diaforesis, náuseas, malestar general TA 95/65 mal estado general, taquipnea, palidez cutánea, sudorosa, auscultación cardíaca rítmica sin soplos, auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Se decide ingreso en UCI con diagnóstico de angina inestable.

A las 6:00 presenta nueva crisis de opresión precordial con escasa respuesta a órdenes verbales y estímulos. Hipotensión y desaturación de O<sub>2</sub>. se inicia perfusión con noradrenalina, se realiza sedoanalgesia e intubación orotraqueal con conexión a ventilación mecánica a pesar de lo cual presenta shock refractario a tratamiento con aminos y coloides con evolución hacia AESP (actividad eléctrica sin pulso) y asistolia sin recuperación del pulso a pesar de las maniobras de RCP avanzada durante más de 30 minutos. Fallece a las 07 h.

Se informa a la familia y se le solicita autorización para realizar la autopsia clínica y la familia acepta.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Consta informe resumen de las actuaciones seguidas en el Servicio de Urgencias en el Hospital de Torrejón , en el que concluye:

*“Se pudo demostrar mediante estudio electrofisiológico realizado por el servicio de Cardiología de nuestro centro que los episodios de palpitaciones que sufría la paciente se debían a rachas de taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) con un sustrato identificable en el sistema de conducción cardíaco.*

*Los episodios de dolor torácico relatados en las 2 primeras visitas coincidieron siempre en el tiempo, tanto en su principio como en su final, con la rachas de TSVP sufridas por la paciente. No existió alteración enzimática ni electrocardiográfica ni radiológica asociada. El juicio clínico emitido en ambos casos por 2 médicos diferentes del servicio de Urgencias y por un médico del Servicio de cardiología fue siempre el mismo y efectivamente el más probable según la medicina basada en la evidencia: ángor hemodinámico secundario a rachas de TSVP. El episodio de dolor torácico por el que la paciente fue traída a Urgencias la tercera vez cumplía también los criterios descritos y por lo tanto la impresión diagnóstica fue lógicamente la misma.*

*En ninguna de las 2 primeras visitas a Urgencias existía ningún síntoma o signo además del dolor torácico que pudiera hacer sospechar un tromboembolismo pulmonar: la paciente no refirió en ningún momento disnea, no se objetivó en ningún momento taquipnea, no se objetivó en ningún momento desaturación de oxígeno, la paciente no refirió en ningún momento dolor de características pleuríticas, no se objetivó en ningún momento hemoptisis, la paciente no presentó taquicardia fuera de las rachas de TSVP que cedieron con maniobras del bloqueo del nodo AV, se*

*describe específicamente en los 2 informes de alta de Urgencias que NO existían datos de TVP en miembros inferiores.*

*Por otra parte, leído el informe elaborado por el Servicio de Cardiología, no debe existir relación causa-efecto entre el procedimiento electrofisiológico que se le realizó a la paciente el 26/01/2012 y el tromboembolismo pulmonar detectado en la autopsia el 27/02/20 12. Esto apoya que no se incluyera el tromboembolismo pulmonar en el diagnóstico diferencial ni en la segunda visita ni en el planteamiento inicial de la tercera visita.*

*Cuando en la tercera visita se añadieron los elementos disnea y posible sufrimiento miocárdico se actualizó la sospecha diagnóstica de forma concordante con todo el razonamiento clínico llevado a cabo hasta ese momento por lo que el diagnóstico de presunción fue que se trataba de una angina inestable en una paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular y con rachas frecuentes de descompensación hemodinámica por taquicardia. (...)*

*Por último, sólo queda añadir que, estando la paciente en observación durante su tercera estancia en Urgencias, cuando comenzó a estabilizarse, aunque la sospecha diagnóstica hubiese sido el tromboembolismo pulmonar y no la angina inestable, la actitud hubiese sido la exactamente la misma: soporte hemodinámico e ingreso urgente en UCL.”*

El informe del Servicio de Cardiología, de 29 de diciembre de 2012 expone:

*“El día 26/01/2012, la paciente (...) ingresó en el Hospital de Torrejón para realización de estudio electrofisiológico por presentar una taquicardia intranodal.*

*El consentimiento informado de este procedimiento electrofisiológico incluye en uno de sus apartados la posible aparición de fenómenos tromboembólicos, siendo el tromboembolismo pulmonar una de estas patologías.*

*En el apartado de riesgos existentes se menciona como muy rara la existencia de embolia pulmonar y el riesgo de muerte “Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o arterial, hemorragia que precise transfusión, perforación cardiaca con ta/3on amiento, embolia pulmonar o sistémica), si bien algunas de ellas son muy graves y requieren actuación urgente (1 por cien); es excepcional el riesgo de muerte (1-3 por 1000)”*

*En cualquier caso, aunque el consentimiento informado lo contemple, en este caso concreto la relación causa (procedimiento) — efecto (tromboembolismo) es muy improbable por:*

*1. La incidencia de eventos tromboembólicos tras procedimientos electrofisiológicos es bajísima. (...0,22%).*

*2. No existe relación temporal clara que desde que se realizó el procedimiento electrofisiológico hasta la aparición del tromboembolismo pulmonar pasó casi un mes. (Se ha estudiado el efecto general de los estudios electrofisiológicos-ablación sobre la trombina y se normaliza a las 24 horas).*

*3. Durante el procedimiento se infundió heparina en los sueros administrados a la paciente (La heparina es un anticoagulante que evita los fenómenos tromboembólicos),*

*4. Se tomaron todas las medidas de prevención recomendadas por el documento- consenso de la Sociedad Europea de Cardiología: presión ligera de la zona de punción, reposo 6 horas, lavado de*

*introdutores con suero heparinizado, succión de los introductores antes de la retirada, limitar el número de punciones femorales.*

*5. La paciente también estaba antiagregada con ADRO® (este medicamento contiene ácido acetil salicílico, fármaco que también tiene capacidad de evitar la formación, de trombos).*

*Por otro lado la paciente era exfumadora, hipertensa, y diabética tipo II, por lo que presentaba factores de riesgo para desarrollo de tromboembolismo pulmonar de forma ‘espontanea’ al igual que la población general.*

*A la luz de todos estos datos, no encuentro base que sustente la relación causa-efecto entre el procedimiento de ablación de taquicardia intranodal y el tromboembolismo pulmonar en esta pacientes siendo esta complicación extremadamente rara en la literatura y habiéndose tomado las medidas oportunas de prevención de trombosis en consonancia con el consenso de la Sociedad Europea de Cardiología.”*

Se ha aportado informe del Servicio de Medicina Intensiva, de 30 de diciembre de 2012, en el que se expone:

*“Dada la evolución de la paciente presentando de forma súbita episodio de parada cardiorrespiratoria a las pocas horas de su ingreso, a pesar de la alta sospecha de cardiopatía isquémica aguda, se plantea a la familia la posibilidad de realizar la autopsia clínica insistiendo en el interés de confirmar el diagnóstico de presunción.*

*Los resultados de la autopsia ponen en evidencia que la causa de fallecimiento de la paciente fue un tromboembolismo pulmonar masivo bilateral. En los casos en los que se sospecha dicha patología los pacientes son también atendidos durante su proceso inicial por el servicio de medicina intensiva, ingresando en la UCI sin requerir*

*habitualmente en la fase más aguda de actuación de otras especialidades tales como cardiología o neumología.*

*Los síntomas que presentaba la paciente así como las alteraciones en el ECS y analíticas eran compatibles con la orientación inicial de síndrome coronario sin elevación del ST / ángor hemodinámico sin que existieran datos en la exploración clínica sugestivos de tromboembolismo pulmonar ni factores de riesgo predisponentes para enfermedad tromboembólica. El estudio postmortem establece la “ausencia de varices en miembros inferiores u otras alteraciones de tipo circulatorio macroscópicamente evidentes”.*

*El tromboembolismo pulmonar constituye una causa frecuente de muerte no sospechada en pacientes hospitalizados resultando difícil un diagnóstico de presunción en ausencia de factores de riesgo, especialmente en pacientes con patología cardiopulmonar crónica.”*

Consta informe de la autopsia que se realizó, en cuyo resumen se constata:

*“Autopsia limitada al tórax. Ausencia de varices en miembros inferiores u otras alteraciones de tipo circulatorio microscópicamente evidente Diagnósticos anatomopatológicos definitivos:*

- tromboembolismo pulmonar bilateral masivo*
- colapso pulmonar bilateral*
- enfermedad pulmonar intersticial difusa tipo neumonitis intersticial con granulomas de células gigantes no necrotizantes, no sarcoideos.”*

Por último se solicitó informe al Servicio de Inspección Médica, que lo emitió con fecha 11 de marzo de 2013, en el que tras recoger los antecedentes y hechos del caso expone:

*“En el caso que nos ocupa el diagnóstico se enmascara por dos factores importantes:*

*1º Antecedente de una larga historia cardiológica de taquicardia y síndrome anginoso. La paciente padecía una cardiopatía con grave sintomatología, padecía una taquicardia supraventricular que hacía a su corazón latir a 180 l.p.m.*

*Esta frecuencia cardiaca dificulta el riego coronario y provoca la sintomatología anginosa. Se trata de una falta de riego coronario por la arritmia, no por arteriosclerosis de las arterias coronarias. Durante estas crisis la paciente presentaba dolor precordial irradiado a brazo izquierdo que cedía al revertir la taquicardia a ritmo sinusal normal.*

*La paciente padecía obesidad, diabetes, hipertensión, dislipemia, factores todos ellos de riesgo coronario lo que hacía pensar la presencia de cardiopatía isquémica arteriosclerótica asociada a la alteración hemodinámica por la TSV.*

*Cuando la paciente se presenta en Urgencias el día 27 con un cuadro de dolor torácico irradiado a mandíbula y brazo izquierdo asociado a síndrome vegetativo de dos horas de evolución que cede posteriormente, se piensa que está desarrollando una angina inestable sin signos electrocardiográficos evidentes de infarto agudo de miocardio. Por lo que no se solicita la presencia del cardiólogo en alerta de llamada de acuerdo con el protocolo vigente en el hospital.  
(...)*

*2º La historia natural de la enfermedad:*

*Como he comentado anteriormente el tromboembolismo pulmonar (TEP) para muchos autores es la evolución de una TVP. Son tres los factores, potencialmente superponibles que predisponen a la*

*trombosis venosa: 1/traumatismo local de la pared del vaso. 2/ hipercoagulabilidad. 3/ estasis.*

*(...) En esencia, no existe ningún hecho clínico que favorezca una TVP y consecuentemente un TEP.*

*La ablación de la vía intranodular se realiza un mes antes. El TEP que se produce tras una intervención aparece no más tarde de la primera semana del postoperatorio. En la exploración clínica no hay signos de trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores (exploración imprescindible aunque no descarta la presencia de trombosis).*

*Los únicos signos que podía hacer pensar en TEP es la insuficiencia respiratoria con hipocapnia y la disnea. La insuficiencia respiratoria con hipocapnia pudo interpretarse como secundaria a su alteración respiratoria que la obligaba a utilizar CEPAP y la hipocapnia por aumento de la frecuencia respiratoria (hiperventilación). Estos signos en una situación de urgencia por dolor precordial agudo no tienen la suficiente entidad para pensar en las causas de una insuficiencia respiratoria frente a la clínica de coronariopatía aguda que presentaba la enferma avalada por una historia cardiológica previa.*

*(...) Valoración de la asistencia.*

*El tromboembolismo pulmonar masivo es prácticamente imposible de diagnosticar con una evolución tan rápida y una patogenia tan infrecuente como la anteriormente descrita.*

*No se ha producido por una liberación de émbolos de diferente tamaño procedente de una trombosis venosa profunda que pudiese haber producido alguna sintomatología propia de la embolia pulmonar. La sintomatología pulmonar como roce pleural, dolor*

*pleurítico, hemoptisis, etc. Son signos que se presentan cuando la embolia pulmonar es pequeña y produce afectación pulmonar, fundamentalmente necrosis en las áreas afectadas.*

*La disnea y la insuficiencia respiratoria con hipocapnia se interpreta como consecuencia de su enfermedad pulmonar y por hiperventilación así como posible afectación miocárdica susceptible de producir un grado de insuficiencia cardíaca izquierda.*

*La paciente presentó en todo momento clínica compatible con enfermedad coronaria.*

*(...) La presencia de un especialista en cardiología o neumología durante la estancia de (...) en el hospital no hubiese cambiado la mala evolución de su enfermedad.*

#### *Conclusiones*

*- Muy probablemente la causa del tromboembolismo pulmonar masivo en la circulación arterial pulmonar y venosa fue una trombofilia, es decir una alteración de la coagulación de la sangre que permanece silente hasta el último ingreso cuando se desarrolla la trombosis pulmonar masiva con colapso pulmonar.*

*- La presencia de un médico cardiólogo y/o especialista en neumología no hubiese alterado la nefasta evolución de la enfermedad.*

*- No se aprecia negligencia ni mala práctica en el tratamiento recibido por (...) por parte de los facultativos que le atendieron en el Hospital de Torrejón.”*

**CUARTO.-** Otorgado el trámite de audiencia, que se notificó el 15 de abril de 2013, los reclamantes presentan escrito de alegaciones con fecha 3

de mayo de 2013 en el que reitera sus argumentos expuestos en su escrito inicial.

Transcurrido el plazo del trámite de audiencia, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 11 de julio de 2013, en la que propone al órgano competente para resolver la desestimación de la reclamación por entender que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y respetuosa con el principio de la *lex artis*.

**QUINTO.-** El consejero de Sanidad, mediante oficio de 17 de julio de 2013 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el día 25 de julio, formula preceptiva consulta por el trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección III, presidida por el Excmo. Sr. D. Javier María Casas Estévez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 4 de septiembre 2013.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 14.1 LCC.

**SEGUNDA.-** Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico

y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), en su calidad de esposo e hijos de la fallecida. Dicha circunstancia se encuentra debidamente acreditada mediante la aportación del Libro de Familia.

Debe recordarse en el caso de fallecimiento el derecho a la indemnización lo es por daños morales, y que tiene su sustrato en las relaciones afectivas, familiares, u otras semejantes. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de noviembre de 1999, señala que *“aquella persona ligada a la víctima por vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios derivados directamente de la muerte producida.”*

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del centro sanitario a cuyo funcionamiento se vincula la generación del daño.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJ-PAC, que se contarán, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció, o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

En este sentido consta que el fallecimiento ocurrió el 28 de febrero de 2012, por lo que al haberse presentado la reclamación con fecha 4 de diciembre de 2012, debe considerarse presentada dentro del plazo legal.

El órgano peticionario del dictamen ha seguido en la tramitación del procedimiento administrativo destinado al posible reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la LRJ-PAC, artículos 139 y siguientes, desarrollado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP).

Entre los trámites realizados, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen, se ha recabado informe de los servicios responsables de la asistencia sanitaria, tal como exige el artículo 10.1 del RPRP, así como el informe de la Inspección Médica. Del mismo modo, se ha otorgado el trámite de audiencia, regulado, como garantía esencial del derecho de defensa, en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

**TERCERA.-** El artículo 106.2 de la Constitución Española reconoce a los particulares, en los términos establecidos por la ley, el derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, siempre que ésta sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos y no concorra circunstancia de fuerza mayor que sirva para exonerar a la Administración. La previsión constitucional se halla desarrollada en el Título X de la LRJ-PAC, artículos 139 y siguientes.

Interpretando el marco jurídico-legal de la responsabilidad patrimonial, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo ha enunciado en reiterada jurisprudencia los requisitos exigibles (de un modo acumulativo) en orden al reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración. Así, en sentencia de 23 de enero de 2012 (RC 43/2010): generación al perjudicado de un daño o perjuicio efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas; que aquel daño o lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterándolo, en el nexo causal; ausencia de fuerza mayor, y que la reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño alegado.

En términos generales, no cabe plantearse la posible concurrencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración si no se ha producido un

daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En dicho sentido, entre otras muchas, la sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012, RC 280/2009.

**CUARTA.-** En el caso que nos ocupa, está acreditada la existencia de un hecho, la muerte de una persona, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierta”* – Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 –, y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable.

En adición a ello, no obstante la existencia de un daño, hay que tener en cuenta que cuando las reclamaciones indemnizatorias deducidas a instancia de los particulares traigan causa de una actuación médica o sanitaria, no basta con la concurrencia de una lesión efectiva, individualizada y evaluable, causada a un particular, que tenga origen en el funcionamiento del servicio público sanitario.

En tales casos, más allá del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, se hace necesario acudir al criterio de la *lex artis* como pauta determinante de la existencia de responsabilidad patrimonial, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. De ahí que, si, en términos generales, en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, *“cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión*

*que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto" (STS de 2 de noviembre de 2011, recurso de casación 6236/2007).*

A ello se une que *“el Tribunal Supremo ha declarado que, en esta materia, la responsabilidad viene dada por el carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario” (vid. SSTs de 14 de diciembre de 1990, 5 y 8 de febrero de 1991, 10 de mayo y 27 de noviembre de 1993, 9 de marzo de 1998, y 10 de octubre de 2000).*

**QUINTA.-** Sentado lo anterior procede analizar si de las circunstancias del caso puede considerarse que haya existido infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada a la fallecida.

Los reclamantes consideran que el fallecimiento por tromboembolismo pulmonar masivo fue debido al abandono y falta de valoración adecuada por un cardiólogo o un neumólogo.

En definitiva se censura la falta del diagnóstico acertado, pues la paciente falleció de dicho tromboembolismo, mientras que en las dos ocasiones en que acudió al Servicio de Urgencias y durante su ingreso en el hospital se la trató por sospecha de complicación coronaria.

No obstante tal afirmación, los reclamantes se limitan a exponer su personal criterio sobre la asistencia médica dispensada a la fallecida, y consideran que dado que la causa del fallecimiento fue un tromboembolismo pulmonar y éste no se detectó, ha existido una mala

praxis médica; no aportan sin embargo prueba pericial o indiciaria más allá de exponer que de los síntomas que presentaba debió evidenciarse dicho diagnóstico.

En punto a la prueba del ajuste de la práctica sanitaria a las reglas de la *lex artis*, es al reclamante a quien incumbe, como regla general ordinaria, la carga de la prueba. Así lo proclama la práctica judicial, de la que sirve como exponente la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid núm. 1707/2008, de 17 de septiembre, al matizar que *“las obligaciones exigibles a los servicios médicos en relación con prestaciones como las examinadas en este expediente son obligaciones de medios y no de resultado. Corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia se alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la lex artis médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama”*.

No obstante, la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante (sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre y 2 de noviembre de 2007, recursos de casación 3071/03 y 9309/03, y de 7 de julio de 2008, recurso de casación 3800/04).

Los reclamantes no han cumplido con su carga probatoria, mientras que la Administración sanitaria ha aportado cuantos elementos de juicio ha considerado pertinentes para explicar los hechos.

En especial cabe referirnos al informe del Servicio de Inspección Médica que pone de manifiesto diversas circunstancias. Así, que la paciente presentaba una larga historia cardiológica y síndrome anginoso, con numerosos factores que hacían pensar en una complicación coronaria. Por otra parte razona el Inspector que no existían signos de trombosis venosa

profunda ni otros que indicaran la posible existencia de un tromboembolismo pulmonar, ya de por sí de difícil diagnóstico.

El mismo informe considera que la paciente presentó en todo momento clínica compatible con enfermedad coronaria, y que es prácticamente imposible diagnosticar un tromboembolismo pulmonar de una evolución tan rápida además de una patogenia infrecuente.

Cabe añadir además que, como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 17 de junio de 2012 (recurso 5334/2011) “(...) *se olvida que los servicios sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización*”.

Por otra parte tanto la Inspección Médica como el Servicio de Cardiología constatan que el estudio electrofisiológico realizado en enero de 2012, por presentar una taquicardia intranodal, no guarda relación con el tromboembolismo pulmonar (aspecto por otra parte que no es objeto de alegación por los reclamantes), habida cuenta del tiempo transcurrido, además de consignarse en el consentimiento informado como riesgo muy infrecuente y tener una tasa de incidencia del 0,22%.

De la documentación clínica y de la valoración del Inspector Médico se extrae además la conclusión que la presencia de un cardiólogo o neumólogo no hubiera variado la mala evolución de la enfermedad. A ambos aspectos se refiere igualmente el informe del Servicio de Inspección.

En este sentido aluden los reclamantes a que la ausencia de estos facultativos privó a la fallecida de una mejor expectativa de curación, lo que constituye una pérdida de oportunidad de curación.

Sin embargo hay que tener en cuenta que, en cuanto a los presupuestos para la aplicación de esta doctrina, el Tribunal Supremo, en la Sentencia de 13 de julio de 2005 (Sala de lo Contencioso Administrativo, Secc. 6<sup>a</sup>, recurso de casación para la unificación de doctrina núm. 453/2004), expresa que *“para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios”*.

Como se ha expuesto estos requisitos no se dan en el presente caso; se han aportado informes detallados sobre todas las actuaciones clínicas, las posibilidades diagnósticas y de curación, pormenorizando con minuciosidad cuantos factores son necesarios para analizar los hechos, y llegar a la conclusión de la existencia de una asistencia sanitaria correcta y un resultado inevitable.

Como ha quedado expuesto, al haber presentado la paciente los síntomas ya relatados, no es posible, conforme el estado actual de la ciencia, haber exigido a los servicios de salud la infalibilidad que, en definitiva, pretenden los reclamantes.

Como acertadamente señala la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2011 (recurso 771/2008) *“la medicina no es una ciencia exacta y, a “posteriori” es fácil diagnosticar y aventurar una posible actuación médica”*.

En definitiva, el proceso asistencial fue adecuado, sin que haya existido mala praxis o error de diagnóstico que pudiera considerarse como tal. Las decisiones clínicas fueron acordes a los síntomas que presentaba la paciente, a lo que se añade la extrema gravedad de su enfermedad que, a pesar de los cuidados recibidos, desgraciadamente no pudo ser evitada.

En atención a lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haber existido infracción de la lex artis en la asistencia sanitaria dispensada a la fallecida.

A la vista de lo dictaminado, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3. 7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 4 de septiembre de 2013